



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá

Sonia Castro Torres

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Grupo terapéuticas alternativas
Maestría Medicina Alternativa
Medicina Tradicional China
Bogotá, D.C. Colombia
2012

Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá

Sonia Castro Torres

Código: 598295

**Trabajo final de grado para optar al título de
Magister en Medicina Tradicional China y Acupuntura**

Director

Dr. Luis Fernando Torres Tascón, MD.

**Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Grupo terapéuticas alternativas
Maestría Medicina Alternativa
Medicina Tradicional China
Bogotá, D.C. Colombia
2012**

*A mis padres y hermanos, quienes siempre ha me han amado
incondicionalmente....*

Agradecimientos

Agradezco de manera especial al Dr. Luis Fernando Torres Tascón, Docente de la Universidad Nacional, por su colaboración, apoyo constante y valiosos aportes, que facilitaron la realización de este trabajo.

Resumen

Introducción: El objetivo de la investigación consistió en describir los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los Gerentes o Directores del área de salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C) frente a la prestación de la Medicina Tradicional China Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá, durante el año 2012. La investigación buscó aportar elementos de análisis sobre algunos aspectos de tipo administrativo que regulan la construcción de modelos de atención al interior de las entidades promotoras de salud (EPS C), sobre la prestación de servicios de Acupuntura

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, aplicando una encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas a los 11 Gerentes o Directores de todas las entidades promotoras de salud (EPS C) de la ciudad de Bogotá, mediante la aplicación de 17 preguntas basadas en una escala de Likert.

Resultados: El 100% de las entidades promotoras de salud (POS C) pudieron ser evaluadas. Obteniendo que los conocimientos en el 52% de los encuestados eran altos, en 29% medios, y en 19% bajos. En las prácticas, 71% tenían actitudes favorables, 22% neutras, y 7% desfavorables. Por último en prácticas, 27% eran altas, 31% medias, y 42% bajas.

Conclusiones: Se evidencia una actitud favorable hacia la acupuntura por parte de los encuestados en un contexto de salud que no motiva su utilización, ocasionado por el desconocimiento sobre su mecanismo de acción, seguridad, eficacia, presencia de eventos adversos, y ausencia de estudios científicos que respalden su uso.

Palabras Clave: Medicina China Tradicional, Acupuntura, Conocimientos, Actitudes, Práctica, Terapias Complementarias y Servicios Básicos de Salud

Abstract

Introduction: The objective of this research was to describe the knowledge, attitudes and practices among managers or directors of the health area of "health promotion entities" (EPS C) in relation against the provision of Traditional Chinese Medicine Acupuncture on the model of care present in the city of Bogotá, during 2012. This study sought to provide analysis of some administrative aspects of regulating the construction of models of care within the "health promotion entities" (EPS C) on the provision of Acupuncture

Methodology: A cross-sectional study, using a survey of Knowledge, Attitudes and Practices of the 11 managers and directors of all "health promotion entities" (EPS C) of Bogota, through the application of 17 questions based on a Likert scale.

Results: The 100% of the "promoting health entities" (EPS C) could be evaluated. The knowledge in 52% of respondents was high, intermediate in 29% and in 19% low. In the attitudes, 71% had favorable attitudes, in 22% neutral and in 7% unfavorable. Finally, in practices, 27% were high, intermediate in 31% and in 42% low.

Conclusions: It found a favorable attitude toward acupuncture by respondents in a health context that motivates its use. The limited use is caused by ignorance about its mechanism of action, safety, efficacy, presence of adverse events, and the absence scientific studies supporting their use.

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	IX
Lista de Gráficas	XIII
Lista de tablas	XVII
1. Problema de investigación	9
2. Justificación	3
3. Objetivos	7
3.1. Objetivo General	7
3.2. Objetivos Específicos	7
4. Marco teórico	15
4.1. Papel de la Acupuntura	15
4.2. Antecedentes de la Acupuntura	20
4.3. Antecedentes Socio Culturales de la Acupuntura	23
4.4. Antecedentes Normativos	25
4.5. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)	29
5. Metodología	33
5.1. Tipo de Estudio	33
5.2. Población y Muestra	33
5.3. Técnicas e Instrumentos	33
5.4. Procedimientos y Plan de Análisis	33
5.5. Identificación de Variables	34
6. Aspectos Éticos	35
7. Resultados	36
7.1. Resultados de la Prueba Piloto	36

XII	Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá	
7.2.	Resultados Generales de la Encuesta Piloto	43
7.3.	Resultados Encuesta Definitiva	52
7.4.	Análisis de los Resultados	69
8.	Conclusiones y Recomendaciones	75
8.1.	Conclusiones	75
8.2.	Recomendaciones	76
	Anexo A. Encuesta de Actitudes sobre la Acupuntura – Prueba Piloto	77
	Anexo B. Encuesta de Actitudes sobre la Acupuntura – Encuesta Final	81
	Anexo C. Consentimiento Informado:	85
	Anexo D. Convenciones utilizadas, datos sociodemográficos y las tablas con los resultados de la prueba piloto	86
	Anexo E. Convenciones utilizadas, datos sociodemográficos y resultados de la encuesta definitiva	89
	Bibliografía.	93

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica N°.1 Conocimiento	40
Gráfica N°.2. Actitudes	41
Gráfica N°.3. Prácticas	42
Gráfica N°.4. Prueba Piloto. Total encuestas realizadas	43
Gráfica N°.5. Prueba Piloto. P1. ¿Qué tanto conoce acerca de la acupuntura?.	43
Gráfica N°.6. Prueba Piloto. P2. ¿La Acupuntura es segura como tratamiento médico?.	44
Gráfica N°.7. Prueba Piloto. P3. 2012. ¿Conoce sobre los posibles efectos adversos de la acupuntura?	44
Gráfica N°.8. Prueba Piloto P4. ¿Considera que la Acupuntura y la Medicina Alopática pueden coexistir o ser empleadas como tratamientos complementarios?.	45
Gráfica N°.9. Prueba Piloto. P5. ¿Considera la Acupuntura como una opción terapéutica para el manejo de las patologías de sus afiliados ?	45
Gráfica N°.10. Prueba Piloto. P6. ¿Sus afiliados solicitan servicios de Acupuntura como posibilidad terapéutica ?	46
Gráfica N°.11. Prueba Piloto. P7. ¿Está informado sobre la normatividad que incluye la Acupuntura en el actual Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS C)?	46
Gráfica N°.12. Prueba Piloto. P8. ¿Está informado sobre la aceptación de la Acupuntura por Organismos Internacionales de Salud (OMS - OPS) y la Sociedad Universitaria de Colombia?	47

Gráfica N°.13. Prueba Piloto. P1. ¿Permitiría el uso de la acupuntura a los afiliados de la EPS?	47
Gráfica N°.14. Prueba Piloto. P2. ¿Aceptaría capacitación sobre Acupuntura a sus médicos?	48
Gráfica N°.15. Prueba piloto. P3. ¿Considera que la acupuntura es una alternativa terapéutica para el tratamiento de los pacientes afiliados a la EPS ?	48
Gráfica N°.16. Prueba Piloto. P4. ¿Considera que el médico Acupunturista es reconocido en la EPS como un especialista ?	49
Gráfica N°.17. Prueba Piloto. P5. ¿Tiene Usted un concepto favorable sobre las personas que practican la acupuntura?	49
Gráfica N°.18. Prueba Piloto. P1. ¿Ha recurrido a la Acupuntura para recibir tratamiento como paciente?	50
Gráfica N°.19. Prueba Piloto. P2. ¿Recomendaría la Acupuntura como una terapéutica útil para Usted o su familia?	50
Gráfica N°.20. Prueba Piloto. P3. ¿En qué medida incluye el Modelo de Atención de la EPS la prestación de servicios de acupuntura a los usuarios afiliados?.	51
Gráfica N°.21. Prueba Piloto. P4. ¿Los servicios de acupuntura solicitados por los usuarios son autorizados por el área de salud de la EPS ?	51
Gráfica N°.22. Prueba Piloto. P5. ¿En qué grado contrataría los servicios de acupuntura con su red de prestadores?.	52
Gráfica N°.23. Conocimiento	54
Gráfica N°. 24. Disgregado Conocimiento	54
Gráfica N°.25. Actitud	56
Gráfica N°.26. Disgregado de Actitudes	56
Gráfica N°.27. Práctica	58
Gráfica N°.28. Disgregado de Prácticas	58
Gráfica N°.29. Total encuestas realizadas Bogotá. 2012	59
Gráfica N°.30.¿Qué tanto conoce acerca de la acupuntura?.Bogotá. 2012	59

Gráfica N°.31. ¿La Acupuntura es segura como tratamiento médico?. Bogotá. 2012	60
Gráfica N°.32. ¿Conoce sobre los posibles efectos adversos de la acupuntura?.Bogotá. 2012	60
Gráfica N°.33. ¿Considera que la Acupuntura y la Medicina Alopática pueden coexistir o ser empleadas como tratamientos complementarios?. Bogotá. 2012	61
Gráfica N°.34.Bogotá. 2012. ¿Sus afiliados solicitan servicios de Acupuntura como posibilidad terapéutica ?	61
Gráfica N°.35. ¿Está informado sobre la normatividad que incluye la Acupuntura en el actual Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS C) ?.Bogotá. 2012	62
Gráfica N°.36. ¿Está informado sobre la aceptación de la Acupuntura por Organismos Internacionales de Salud (OMS - OPS) y la Sociedad Universitaria de Colombia ?.Bogotá. 2012	62
Gráfica N°.37. ¿Permitiría el uso de la acupuntura a los afiliados de la EPS?.Bogotá. 2012	63
Gráfica N°.38. ¿Aceptaría capacitación sobre Acupuntura a sus médicos?. Bogotá. 2012	63
Gráfica N°.39. ¿Considera que la acupuntura es una alternativa terapéutica para el tratamiento de los pacientes afiliados a la EPS ?.Bogotá. 2012	64
Gráfica N°.40. ¿Considera que el médico Acupunturista es reconocido en la EPS como un especialista ?.Bogotá. 2012	64
Gráfica N°.41. ¿Considera que el médico Acupunturista es reconocido en la EPS como un especialista ?. ¿Tiene Usted un concepto favorable sobre las personas que practican la acupuntura?. Bogotá. 2012	65
Gráfica N°.42. ¿Ha recurrido a la Acupuntura para recibir tratamiento como paciente?. Bogotá. 2012	65
Grafica N°.43. ¿Recomendaría la Acupuntura como una terapéutica útil para Usted o su familia?. Bogotá. 2012.	66

Gráfica N°.44.¿En qué medida incluye el Modelo de Atención de la EPS la prestación de servicios de acupuntura a los usuarios afiliados?. Bogotá. 2012.	66
Gráfica N°.45.¿Los servicios de acupuntura solicitados por los usuarios son autorizados por el área de salud de la EPS ?.Bogotá. 2012.	67
Gráfica N°.46.¿En qué grado contrataría los servicios de acupuntura con su red de prestadores?. Bogotá. 2012.	67
Gráfica N°. 47.Resultadoconsolidadoconocimientos. Bogotá 2012.	68
Gráfica N°.48.Resultadoconsolidadoactitudes. Bogotá 2012.	68
Gráfica N°.49.Resultadoconsolidadoprácticas. Bogotá 2012.	69

Lista de tablas

	Pág.
Tabla N° 1. El uso de las MT/TCA (Medicina Tradicional/ Medicina Complementaria y Alternativa) en los países desarrollados se calculó para 1999: (OPS – OMS 1999	16
Tabla N°. 2. Identificación de Variables	34
Tabla N°. 3. Convenciones Base de Datos Prueba Piloto	86
Tabla N°. 4. Datos Sociodemográficos Prueba Piloto	87
Tabla N°. 5. Resultados encuesta CAP Prueba Piloto: Conocimientos	87
Tabla N°. 6. Resultados encuesta CAP Prueba Piloto: Actitudes	87
Tabla N°. 7. Resultados encuesta CAP Prueba Piloto: Prácticas	88
Tabla N°. 8. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)	39
Tabla N°. 9. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)	39
Tabla N°. 10. Frecuencia Absoluta Consolidada	39
Tabla N°. 11. Frecuencia Relativa Consolidada	39
Tabla N°. 12. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)	40
Tabla N°. 13. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)	40
Tabla N°. 14. Frecuencia Absoluta Consolidada	40
Tabla N°. 15. Frecuencia Relativa Consolidada	41
Tabla N°. 16. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)	41
Tabla N°. 17. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)	41

Tabla N°. 18. Frecuencia Absoluta Consolidada	42
Tabla N°. 19. Frecuencia Relativa Consolidada	42
Tabla N°. 20. Convenciones Base de Datos Encuesta CAP Definitiva	89
Tabla N°. 21. Datos Sociodemográficos Encuesta CAP Definitiva	90
Tabla N°. 22. Resultados encuesta Definitiva CAP: Conocimientos	91
Tabla N°. 23. Resultados encuesta Definitiva CAP: Actitudes	91
Tabla N°. 24. Resultados encuesta Definitiva CAP: Prácticas	92
Tabla N°. 25. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)	53
Tabla N°. 26. Frecuencia Relativas (Porcentaje de la Respuesta)	53
Tabla N°. 27. Frecuencia Absoluta Consolidada	53
Tabla N°. 28. Frecuencia Relativa Consolidada	53
Tabla N°. 29. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)	55
Tabla N°. 30. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)	55
Tabla N°. 31. Frecuencia Absoluta Consolidada	55
Tabla N°. 32. Frecuencia Relativa Consolidada	55
Tabla N°. 33. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)	57
Tabla N°. 34. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)	57
Tabla N°. 35. Frecuencia Absoluta Consolidada	57
Tabla N°. 36. Frecuencia Relativa Consolidada	57

1. Justificación

“En las dos últimas décadas las medicinas y terapias complementarias y alternativas se han convertido en un aspecto muy importante de la prestación de salud en muchos países en desarrollo. Durante los años noventa la utilización de tales terapias en Europa, Estados Unidos y América Latina ha aumentado rápidamente. La medicina tradicional/indígena en la Región de las Américas ha sido practicada durante siglos.

El conocimiento y las prácticas de los sistemas de salud indígenas cubren las necesidades de las comunidades hasta cierto punto. Sin embargo, la búsqueda de los servicios complementarios y el desarrollo y fortalecimiento de estrategias diseñadas para establecer sistemas de salud nacionales que respondan a las características de la población beneficiaria son enfoques válidos para mejorar la salud tanto de las poblaciones indígenas como no indígenas”. (OPS, OMS 1999).

En Colombia se presume que la prestación de servicios de salud en Acupuntura se da en el sector privado, primordialmente a través del pago directo del paciente y no bajo la cobertura del sistema de salud oficial. No conocemos cuánto del gasto en salud se hace en medicina alternativas (específicamente en Acupuntura), el número real de consultas, la población con cobertura, las preferencias de los usuarios, la existencia de obstáculos geográficos, económicos, culturales, de oferta, etc., que limitan la prestación de un servicio que está consagrado en la normatividad vigente para el Sistema General de Seguridad Social en Salud que en su espíritu manifiesta equidad y universalidad.

El papel preponderante que desempeñan las EPS (Entidades Promotoras de Salud) en el actual sistema de salud del país las coloca en una posición privilegiada en la toma de decisiones sobre la conformación de la red de prestadores y las condiciones de oferta y acceso a los servicios de salud que deben ofrecer, según los contenidos del POS (Plan Obligatorio de Salud).

Cada EPS diseña e implementa su propio modelo de atención con base en la legislación vigente y en políticas, que le permitan la construcción de valores diferenciales frente a las otras EPS, en un mercado que busca en forma permanente lograr un incremento en la población afiliada o la fidelización de los usuarios ya inscritos.

Es decir, que a través de sus modelos de atención establecen los procesos asistenciales y administrativos que deben cumplir sus afiliados para obtener un servicio. En ocasiones estos procesos, limitan o entorpecen el acceso a determinados servicios que son considerados por la alta gerencia como no “adecuados o idóneos” para sus afiliados.

Según el objetivo planteado en la presente investigación, la ciudad de Bogotá es seleccionada para llevar a cabo el estudio debido a las características de oferta y demanda de medicina alternativa por parte de los pacientes y a la presencia de Entidades Promotoras de Salud con sede en esta ciudad.

La investigación busca aportar elementos de análisis sobre algunos aspectos de tipo administrativo que regulan la construcción de modelos de atención al interior de las entidades promotoras de salud, que pueden incidir en la prestación o no de servicios de Acupuntura versus el uso de servicios de medicina alopática, hegemónica en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), particularmente ante los procesos de reforma propuestos, donde se busca ofrecer más opciones de atención; las reformas centran sus proyectos en aspectos como el financiamiento, la cobertura, la calidad, la eficiencia en el uso de recursos, etc., y no en fortalecimiento de la medicina alternativa o complementaria como una opción válida para el manejo integral de los pacientes.

El actual modelo de salud colombiano establece en la Resolución 5261 de 1994 en el capítulo I artículo 5 que las entidades promotoras de salud (EPS) podrán prestar servicios alternativos o complementarios a sus afiliados, sin embargo al revisar el estado del arte no se observa más reglamentación al respecto. Es decir, que no se establecen entre otros aspectos, tiempo de atención, forma de acceso, sistema de referencia y contrarreferencia, dispensación de medicamentos o sustancias terapéuticas, cobertura de las diferentes terapias, tarifas para el reconocimiento de los honorarios de los profesionales, frecuencias de uso, complementariedad o integralidad con el modelo alopático, etc., aspectos que deben estar claramente definidos en forma previa dentro de un modelo de atención integral.

Es fundamental resaltar el deber del Estado frente a la socialización de la información relacionada con la diversidad de alternativas terapéuticas, que son sugeridas por organizaciones internacionales e instancias científicas por ser eficientes o seguras. El sector salud constantemente desarrolla tecnología innovadora o de punta, que a través de grandes estrategias comerciales se incorporan a los sistemas nacionales de salud, situación que en ocasiones incrementa los costos operacionales, afectando inclusive la economía del país. Organismos internacionales como el Parlamento Latinoamericano, recomienda la integración de la MTC en los servicios nacionales de salud, a través de un marco legal adecuado que permita el acceso a una medicina que contribuye en la solución eficaz y eficiente que complementa los recursos médicos alopáticos y

permite que la población se beneficie de una medicina integral y científicamente respaldada. Dantas Flavio. (2005). Medicina Tradicional y Complementaria: Relevancia social, eficacia, seguridad y necesidad de su implantación en los servicios nacionales de salud. III Conferencia Interparlamentaria de Salud. Sao Paulo: Parlatino, Documento de apoyo.

2.Objetivos

2.1 Objetivo General.

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los Gerentes o Directores del área de salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo frente a la prestación de la Medicina Tradicional China Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimientos de los Gerentes / Directores del área de salud de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo sobre la Medicina Tradicional China Acupuntura.
- Identificar las prácticas que refieren los Gerentes / Directores del área de salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo sobre la Medicina Tradicional China Acupuntura incluida en el POS C.
- Identificar las actitudes de los Gerentes / Directores del área de salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo sobre la Medicina Tradicional China Acupuntura incluida en el POS C.
- Establecer el conocimiento de los Gerentes / Directores del área de salud de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo sobre la normatividad que regula la prestación de los servicios de la Medicina Tradicional China Acupuntura en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo.

3. Problema de investigación

Antecedentes del tema de estudio.

Se revisó un trabajo de investigación divulgado en la revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia de la Dra. Luz Stella Álvarez C., nutricionista dietista, magister en salud pública, PHD en salud pública, quien publicó en el año 2007 los resultados de su investigación sobre el uso de medicina alternativa y medicina tradicional en Medellín en el año 2005, "Se encontró que las prácticas propias de la medicina tradicional son un recurso buscado por muchas personas, especialmente las de menores recursos financieros. Estas prácticas han asumido nuevos nombres para adaptarse a las tendencias en medicina pero, en lo fundamental, conservan las características propias de la medicina tradicional colombiana. La medicina alternativa es buscada por personas de estratos superiores y su uso está vinculado a la búsqueda de tratamientos integrales para las enfermedades y a la insatisfacción que algunas personas sienten frente a ciertas características de la medicina occidental y del sistema de salud colombiano".¹

En el año 2002 en la ciudad de México se realizó una investigación de los "Modelos alternativos de atención a la salud: Utilización y disponibilidad en la ciudad de México" concluyendo que la "participación de MAC (Medicina Alternativa y Complementaria) no ha sido considerada hasta la fecha como parte de los servicios que ofrecen las instituciones públicas. La MAC tiene como espacio privilegiado de acción el sector privado. Del lado de la demanda parece claro que la población de la ciudad de México que no está cubierta por una institución de seguridad social estaría dispuesta a aumentar su utilización si las condiciones se dieran, particularmente en el ámbito de los servicios públicos donde las barreras financieras tenderían a reducirse. Por el lado de la oferta, sin embargo existen una serie de limitantes de tipo jurídico, político y organizacional que no permitirían pensar en una articulación de MAC a los servicios públicos en el corto

¹ . Álvarez LS. El uso de medicina alternativa y medicina popular en Medellín, Colombia. Revista. Facultad. Nacional. Salud Pública. 2007; 25(2): 100-9

plazo. No obstante, aun cuando esta oferta no pueda ser generada en un tiempo breve, es evidente que el primer paso a dar es la conformación de un mecanismo de regulación convocado por las autoridades sanitarias del Distrito Federal y con la participación de los actores interesados. Respecto a la oferta se puede asegurar que existe de manera amplia en el espacio privado pero que su existencia (independientemente de la modalidad) en el sector público incrementaría el uso de MAC. El uso amplio y variado de la medicina alternativa complementaria es una realidad en la ciudad de México. Tal y como lo muestran los resultados de la encuesta, la demanda potencial se incrementaría rápidamente si los usuarios de los servicios de salud del DF tuvieran información amplia y precisa sobre la existencia de diversas terapias alternas y si dichos servicios incluyeran la MAC.

A partir de lo anterior y de los resultados concluyeron que actualmente no existen las condiciones para ofrecer servicios de MAC en los centros de salud. Para avanzar en ello tendrían que realizarse distintas pruebas piloto por medio de diferentes esquemas de funcionamiento”².

Con la implementación en 1993 de la Ley 100, se permitió en el ámbito nacional la participación de modelos de medicina alternativa como una opción de atención en salud diferente a la medicina occidental dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS).

La Resolución 5261 de 1994 estableció en el Libro 1. Capítulo 1. Disposiciones Generales. Artículo 5...“**Las Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando éstas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente**” (negrilla fuera del texto).

A pesar, de la escasa legislación relacionada con la práctica de las terapias complementarias en el país, al permanente cuestionamiento del valor terapéutico de la Acupuntura por parte el sector médico alópata y a su débil sustento en el método científico o en criterios avalados por la medicina basada en la evidencia, se ha observado un incremento en la consulta de estos profesionales y en muchos casos de personas no avaladas por la academia médica con algún tipo de formación o experiencia en terapias alternativas distantes del modelo científico alopático; situación que ha fomentado que en algunos países se haya establecido en sus modelos de atención cambios en la oferta de servicios de salud, con formas diferentes de abordar la salud y la enfermedad.

². Nigenda, Gustavo. Mora Gerardo, Ruiz, José Arturo y Céspedes José. Modelos alternativos de atención a la salud: Utilización y disponibilidad en la ciudad de México. México. 2002.

Al revisar la literatura relacionada con las medicinas alternativas y su participación en los modelos de salud, se observan varios ejemplos de políticas gubernamentales que buscan la participación de opciones no alopáticas en los sistemas de salud oficiales por parte de las instituciones del Estado encargadas de esta función, lo cual ha permitido encontrar espacios para su implementación en diferentes países. Es bien conocido el papel que desempeñan las parteras en la atención materna perinatal a nivel mundial, se encontró que en 42 países las parteras han recibido entrenamiento pero solo en 17 de ellos sus servicios forman parte del sistema nacional de salud. Otro ejemplo, es la incorporación de los médicos tradicionales de Nigeria y Zombabwe a los servicios de salud. (Pillsbury BL, 1982)³. (Nigenda, 2002).

A través de diversas publicaciones las organizaciones internacionales de salud (OMS y OPS) han reconocido y avalado la práctica de medicinas complementarias / Alternativas, su apoyo se orienta en fomentar el uso de otras alternativas de atención que no estén aisladas sino en conjunción con los sistemas oficiales de salud. Algunas organizaciones civiles (ONGs) dirigen sus esfuerzos hacia la práctica de la medicina tradicional en diferentes niveles, sin embargo, aún se observan grandes retos que se deben superar, para lograr la consolidación de programas en medicinas alternativas que formen parte de las políticas oficiales en algunos países (Nigenda, 2002).

En Colombia las dificultades para lograr la prestación masiva de estos servicios obedece, entre otros aspectos, a la poca oferta de profesionales formados en universidades o instituciones reconocidas por el Estado, al no reconocimiento de los sectores científicos y académicos, a la presencia de errores en la atención atribuibles a profesionales no capacitados y publicitados por los medios de comunicación, a los costos elevados de consulta, medicamentos, terapias, a conceptos culturales de los pacientes, a la escasez de universidades con programas a nivel de especialización, maestría y doctorado, etc.

Otro aspecto a tener en cuenta es el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, el cual establece a través de su reglamentación, la inclusión y la prestación de servicios de Acupuntura a sus afiliados en el

³. Nigenda, Gustavo. Mora Gerardo, Ruiz, José Arturo y Céspedes José. Modelos alternativos de atención a la salud: Utilización y disponibilidad en la ciudad de México. México. 2002. 52 p.

régimen contributivo; éste servicio puede ser ofertado en los modelos de atención de las entidades promotoras de salud que garantizan la cobertura del plan obligatorio para éste régimen.

Sin embargo, a pesar de que la norma lo establece en forma explícita, el servicio de Acupuntura queda sujeto a la interpretación, conocimiento o aplicación del mismo en aquellos actores del sistema responsables de la prestación directa de los servicios de salud, situación que puede favorecer la presencia de dificultades para acceder o exigir este servicio.

Así mismo, es importante resaltar que puede existir un desconocimiento sobre la existencia y aplicación de la norma por parte de los afiliados y las entidades promotoras de salud, situación que puede dificultar la prestación del servicio de Acupuntura.

De acuerdo a lo anterior, también se debe considerar la perspectiva técnico científica, profesional y social de la prestación de servicios de salud con un enfoque integral, que permite concertar en un mismo escenario, la medicina alopática y la medicinas tradicionales, lo que genera interrogantes relacionados con el punto de vista que manifiestan las EPS, como actores destacados en el sector salud colombiano. El conocimiento que puedan tener las EPS sobre la MTC Acupuntura implica la reflexión que sobre su ejercicio deben efectuar los representantes de las áreas de salud de estas entidades, para su aceptación o rechazo; así mismo, los cambios económicos y culturales que constantemente sufre el país, obliga a las entidades promotoras de salud a revisar la implementación de alternativas terapéuticas que han demostrado su seguridad y eficacia en beneficio de los pacientes con costos que pueden favorecer el control del gasto médico.

De ahí la importancia de describir las actitudes de los Directores / Gerentes de las áreas de salud de las EPS sobre la MTC Acupuntura que pueden provenir de la integración de la información del medio, que se relaciona con la adquirida previamente, ocasionando la incorporación y formación de conocimientos nuevos que incluyen sistemas de valores, ideas y prácticas frente a una disciplina terapéutica que pueden o no ofertar dentro de su modelo de atención.

Por tanto, es importante identificar, cuáles pueden ser las actitudes de los Gerentes / Directores en las áreas de salud de las entidades promotoras de salud que facilitan o impiden la utilización de los servicios de Medicina Tradicional China Acupuntura por parte de los afiliados.

De acuerdo a lo anterior se establece como pregunta de investigación:

¿Cuáles son las actitudes de los Gerentes / Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Bogotá, frente a la prestación de la Medicina Tradicional China Acupuntura en el actual modelo de atención?.

4.Marco teórico

“La Acupuntura es un importante aporte realizado por China a la cultura médica occidental. Esta ciencia con más de 2700 años ha contribuido con conocimientos médicos y conceptos filosóficos que no solo permiten diagnosticar y tratar una patología en forma integral, al considerar al ser humano como un todo (mente-espíritu-entorno) sino que facilita el establecimiento de un estado de armonía con la naturaleza y el universo, ocasionando un equilibrio que permite alcanzar la felicidad y la sobrevivencia de los seres vivos”. (OPS – OMS 1999).

4.1 Papel de la Acupuntura

“La Acupuntura es una parte importante de la Medicina Tradicional China, es un conocimiento médico que existió mucho tiempo antes del desarrollo y la difusión de la medicina occidental. Se señala que en la Edad de Piedra las personas usaban las “bian” o agujas de piedra con fines terapéuticos, siendo ésta la base más rudimentaria de la Acupuntura (Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China. Ediciones en Lenguas Extranjeras. Beijing. China. Primera edición 2003. Segunda impresión 2004. V p.). La medicina y las terapias alternativas reflejan la cultura de un país, la historia y las creencias que a menudo, se transmiten oralmente de generación en generación influyendo en forma importante en la cultura de otros países”. (OPS – OMS 1999).

“Principales Sistemas en la Medicina Tradicional son:

- Tradicional: Medicina tradicional china, Medicina ayurvédica, Medicina unani y Medicina indígena.
- No tradicional: Homeopatía y Quiropráctica

Terapias

- Terapias con medicación: Plantas medicinales y medicina herbaria, Materiales minerales, Materiales animales, Régimen alimentario y nutrición.

- Terapias sin medicación: Acupuntura, Terapia manual, Ejercicios tradicionales (Qigong, Taiji y Yoga), Terapias físicas, mentales, espirituales y de la conjunción de la mente – cuerpo”. (OPS- OMS 1999).

“La medicina complementaria / alternativa se refiere a la medicina que no desempeña una función principal dentro de los sistemas de salud nacionales. En la mayoría de los países donde la medicina occidental asume la responsabilidad exclusiva en la atención de salud en el ámbito nacional, la medicina tradicional / indígena y otras terapias son consideradas complementarias o alternativas en los sistemas nacionales de salud (OPS – OMS 1999). La demanda de las terapias alternativas y complementarias está aumentando en muchos países, pero las tendencias son diferentes. Mientras en los países desarrollados la tendencia de usar las terapias alternativas se debe a la búsqueda de una mejor atención de salud, en los países en desarrollo esta exigencia tiene que ver con aspectos económicos o porque, como en el caso de la medicina indígena, es la única fuente disponible en la atención de salud” (OPS – OMS 1999).

Tabla N° 1. El uso de las MT/TCA (Medicina Tradicional/Medicina Complementaria y Alternativa) en los países desarrollados se calculó para 1999: (OPS – OMS 1999).

País	% de población que utiliza	País	% de población que utiliza
Australia	60	U.S.A	40
Reino Unido	90	Francia	49
Bélgica	40	Singapur	45

Fuente: OPS - OMS1999

En Chile, el 71% de la población reconoce las MT/TCA. En Colombia el 40% de la población utiliza MT/TCA. No se observa datos para otros países en América Latina (OPS – OMS 1999). (OMS, 56 Asamblea Mundial de la Salud 2003).

La OPS - OMS, envió un cuestionario a los países miembros de la OPS para revisar la situación en América Latina, éste fue contestado por 15 países. Los resultados fueron: (OPS – OMS 1999).

- “11 de los 15 países tienen normas, políticas y reglamentos con relación a por lo menos una de las disciplinas de las MT/TCA.
- 8 de los 15 países tienen un programa nacional basado en el Ministerio de Salud.
- 9 de los 15 países tienen un programa académico en MT/TCA.

- Las disciplinas más comunes son la medicina herbaria, la homeopatía, la acupuntura, la medicina Ayurvédica y la quiropráctica.

La Medicina Tradicional (MT) se está utilizando en forma importante en América Latina, reflejo de las políticas gubernamentales que buscan fortalecer los sistemas de salud locales, y del papel preponderante en el sistema económico mundial que actualmente reflejan algunos países de la comunidad latinoamericana.

Se observa que en África un 80% de la población utiliza la MT como una alternativa para atender sus necesidades de salud". (OMS, 2002).

Según la OMS, en Asia y América Latina, la población emplea la MT a partir de "circunstancias históricas y creencias culturales". En China, la MT se estima alrededor de un 40% de los servicios en salud prestados. (OMS, 2002)

Se observa que los países desarrollados, utilizan cada vez más la MCA. La población que utiliza la MCA al menos una vez es de un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EE UU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia. (OMS, 2002 Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 - 2005).

"En muchos lugares del mundo el gasto en MT/ MCA no es sólo importante, sino que está creciendo rápidamente. En Malasia, se estima se gastan anualmente 500 millones de dólares estadounidenses en este tipo de cuidado de la salud, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática.

En EE UU, el gasto total en 1997 en MCA se estima fue de 2700 millones de dólares estadounidenses. En Australia, Canadá y el Reino Unido el gasto anual en MCA se estima en 80 millones, 2400 millones y 2300 millones de dólares estadounidenses respectivamente.

En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad. En Uganda, por ejemplo, la proporción de personas que practican la MTC frente a la población es de 1:200 y 1:499. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática, para la cual la proporción es de 1:20.000 o menos. Incluso la distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso. La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente para los pacientes más pobres del mundo. En Ghana, Kenia y Malí, la investigación ha demostrado que una serie de medicamentos antimaláricos de pirimetamina/sulfadoxina puede costar mucho dinero. El gasto sanitario per cápita en Ghana y Kenia contabiliza tan sólo 6 dólares estadounidenses al año. Por el contrario, la medicina con hierbas para el

tratamiento de la malaria es considerablemente más barato y muchas veces incluso se paga en especias y/o de acuerdo con la “riqueza” del cliente.

La MT es también muy popular en muchos países en vías de desarrollo puesto que está firmemente arraigada en los sistemas de creencias”. (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005).

“Muchos proveedores de MT/MCA buscan un reconocimiento y apoyo continuo o mayor en su campo. Al mismo tiempo muchos profesionales de la medicina alopática, incluso aquellos en países con un fuerte historial de MT, expresan grandes reservas y a menudo serias incredulidades sobre los pretendidos beneficios de la MT/MCA. Los legisladores se debaten con preguntas asociadas con la seguridad y la eficacia de las medicinas tradicionales de hierbas, mientras que muchos grupos industriales y consumidores se resisten a cualquier desarrollo de la política sanitaria que pudiera limitar el acceso a las terapias de MT/MCA.

Gran parte de la literatura científica de la MT/MCA utiliza metodologías comparables a las utilizadas para respaldar muchos procedimientos quirúrgicos modernos: informes de casos individuales y series de pacientes, sin grupo de control o de comparación. No obstante, la evidencia científica de los ensayos clínicos aleatorios es muy fuerte para muchos casos de acupuntura, para algunas medicinas con hierbas y para algunas de las terapias manuales. En general, sin embargo, el cada vez mayor uso de la MT/MCA no está acompañado por un aumento en la cantidad, la calidad y la accesibilidad de la evidencia clínica para respaldar las afirmaciones de la MT/MCA.

El documento de la OMS Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 establece que para maximizar el potencial de la MT/MCA como fuente de cuidado de la salud, primero deben afrontarse una serie de temas. Éstos están asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional

Política: En términos relativos, son pocos los países que han desarrollado una política sobre MT y/o MCA, sólo 25 de los 191 estados miembro de la OMS.

Aun así, dicha política ofrece una base sólida para definir el papel de la TM/CA en el aporte sanitario nacional, asegurando que se crean los mecanismos normativos y legales necesarios para promover y mantener una buena práctica, que el acceso sea equitativo, y se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias. También puede ayudar a asegurar una provisión suficiente de recursos económicos para la investigación, educación y formación.

Muchos países desarrollados se están dando cuenta que los temas sobre MCA relacionados con la seguridad y la calidad, licencias de proveedores y

pautas de formación, y prioridades para la investigación, pueden afrontarse mejor dentro de un marco de trabajo de política nacional. La necesidad de una política nacional es bastante urgente, sin embargo, en aquellos países en vías de desarrollo donde la MT no se ha integrado todavía en el sistema sanitario nacional, incluso cuando gran parte de su población depende de la MT para la sanidad.

Un número cada vez mayor de políticas nacionales tendrá el beneficio añadido de facilitar trabajo sobre temas globales tales como el desarrollo e implantación de normas y pautas internacionalmente aceptados para la investigación sobre la seguridad y la eficacia de la MT/MCA, el uso sostenible de plantas medicinales y la protección y uso equitativo de los conocimientos sobre medicina indígena y tradicional.

Seguridad, eficacia y calidad: Las prácticas de la MT/MCA se han desarrollado dentro de diferentes culturas en distintas regiones. Por lo que se ha dado un desarrollo paralelo de pautas y métodos, tanto nacionales como internacionales, para valorarlos.

La valoración de los productos de la MT/MCA es asimismo un tema problemático. Esto es especialmente cierto en el caso de las medicinas con base de hierbas, donde la eficacia y la calidad de las mismas puede verse influenciada por numerosos factores. No es de sorprender por tanto, que la investigación sobre la MT / MCA ha sido inadecuada, dando como resultado una opacidad en los datos y un desarrollo inadecuado de la metodología.

Esto a su vez ha ralentizado el desarrollo de normativas y legislaciones para la MT/MCA. Los sistemas nacionales de inspección para controlar y valorar los efectos adversos son también raros. Por ello, a pesar de que muchas terapias de MT/MCA tienen un potencial prometedor y se utilizan cada vez con más frecuencia, muchas de ellas no están probadas y su uso no está controlado. Como resultado, los conocimientos sobre los posibles efectos secundarios son limitados. Esto hace que la identificación de las terapias más seguras y eficaces y la promoción de su uso racional sea más difícil. Si la MT/MCA ha de promoverse como una fuente sanitaria, es esencial realizar todo esfuerzo posible por fomentar su uso racional e identificar las terapias más seguras y eficaces.

Acceso: Aunque existe evidencia de que muchas poblaciones en países en vías de desarrollo dependen en gran medida de la MT a fin de satisfacer sus necesidades sanitarias, faltan datos precisos. Es necesario llevar a cabo investigaciones cuantitativas para determinar los niveles de acceso existentes (tanto económicos como geográficos), además para clarificar las limitaciones para la ampliación de dicho acceso. El enfoque debe centrarse en los tratamientos de aquellas enfermedades que suponen la principal carga para las poblaciones más pobres. Además, si el acceso ha de incrementarse de manera sustancial, debe protegerse la base natural del recurso del que dependen

determinados productos y terapias. Las materias primas de las medicinas con base de hierbas, por ejemplo, con frecuencia experimentan una recogida excesiva de las poblaciones de plantas silvestres. Otro reto importante concierne a la propiedad intelectual y a los derechos de patente. Las ventajas económicas que pueden derivarse de la aplicación a gran escala de los conocimientos sobre MT pueden ser sustanciales. Todavía no se han resuelto preguntas sobre la forma más adecuada de repartir mejor los beneficios entre los innovadores y los poseedores de los conocimientos sobre la MT.

Uso racional: El uso racional de la MT/MCA tiene muchos aspectos, entre los que se incluyen: cualificación y licencia de los proveedores; uso correcto de productos de calidad asegurada; buena comunicación entre proveedores de MT/MCA, médicos alopáticos y pacientes; y provisión de información científica y orientación para el público.

Los retos en educación y formación son al menos el doble. Primero, es necesario asegurar que los conocimientos, las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA son adecuados. En segundo lugar, debe utilizarse la formación a fin de asegurar que los proveedores de MT/MCA y los médicos alopáticos comprendan y aprecien como se complementan los cuidados sanitarios que ofrecen.

El uso correcto de productos de calidad asegurada tiene gran importancia a la hora de reducir los riesgos asociados con los productos de la MT/MCA tales como las medicinas con base de hierbas. Sin embargo, las normativas y el registro de medicinas con base de hierbas no están bien desarrollados en la mayoría de los países y por lo general, la calidad de los productos de hierbas que se venden no está garantizada.

Asimismo es necesario trabajar más a fin de sensibilizar al público sobre cuando es apropiado (y costo-eficaz) el uso de la MT/MCA y cuando no es aconsejable, y por qué debe tenerse cuidado cuando se utilicen productos de MT/MCA". (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005).

4.2 Antecedentes de la Acupuntura:

"Los médicos de las diversas dinastías de China han enriquecido, desarrollado y perfeccionado esta especialidad de la medicina tradicional china, que abarca diversas teorías básicas, tales como yin-yang, los cinco elementos movimientos, zang-fu (órganos y vísceras), qi-xue(energía y sangre), jing-luo(meridianos y colaterales), así como distintos métodos de manipulación de agujas y ricas experiencias clínicas del tratamiento según los síntomas y signos, haciendo que sea una alternativa médica muy eficaz y característica de China. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

Su difusión es amplia en el pueblo chino, y también se ha ido ganando progresivamente la confianza y la consideración de los diversos países del mundo. En diciembre de 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tomó la decisión de recomendar el tratamiento acupuntural en la curación del resfriado, la amigdalitis aguda, la jaqueca, la neuralgia trigeminal, la ciática, la gastritis aguda y crónica, la constipación, la odontalgia, y otras afecciones, hasta un total de 43 enfermedades. (ZhengXingshan, Mu Yingyiny Yang Mingde, 1985).

Esta resolución demuestra claramente que la terapia acupuntural y moxibustural de China es bien acogida en todo el mundo. La terapia originaria de China incluye dos antiguos métodos diferentes de tratamiento: la acupuntura y la moxibustión. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

La acupuntura trata las enfermedades por medio de agujas. Consiste en insertar una aguja metálica de cuerpo largo y punta fina en determinadas zonas (puntos), aplicando ciertos métodos de manipulación para producir en el paciente sensaciones de dolor, entumecimiento, distensión y pesadez, con el fin de curar y/o prevenir la enfermedad.

La moxibustión, como su nombre indica, trata la enfermedad calentando con moxas. Esta terapia consiste en aplicar conos o cigarros encendidos hechos con hojas secas y molidas de artemisa (*artemisia vulgaris*) sobre determinadas regiones de la superficie del cuerpo humano con el propósito de curar la enfermedad. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

En su etapa inicial, la acupuntura y la moxibustión no constituían una sola terapia, no eran usadas al mismo tiempo y, por lo tanto, no se las denominaba juntas. Según los datos de la historia de la medicina China conservados hasta hoy, la moxibustión es de más temprana aparición que la acupuntura. En 1973, se hallaron, desenterrando los, quince ejemplares de obras de la medicina tradicional china, en la tumba número 3 de la dinastía Han en Mawangdui, Changsha, provincia de Hunan. Según las investigaciones, estas obras son más antiguas que el HuangdiNeijing (Canon de Medicina Interna), la primera obra de medicina tradicional China de la antigüedad que se conserva hoy en día. Estas obras sólo registran la moxibustión, no la acupuntura. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

Antiguamente, la gente, antes de crear y dominar la técnica de la acupuntura y moxibustión, había vivido un largo período de tiempo en el que, cuando alguien se sentía indispuerto, se masajeaba o se golpeaba instintivamente en las zonas corporales afectadas, hasta que se aliviaban o desaparecían los síntomas de la indisposición.

Luego de innumerables prácticas, se llegó al convencimiento de que cuando se sentía dolor o indisposición en alguna parte del cuerpo, se debían dar masajes o golpes en dicha zona e incluso pincharla o presionarla con objetos agudos,

para aliviar los síntomas o hacerlos desaparecer. Esto constituye el germen de la acupuntura, y esas zonas, en las que se aplicaban los masajes o golpes, se constituyeron más tarde en base de partida para hallar los “puntos” acupunturales. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

En el período del tratamiento acupuntural incipiente los antepasados curaban las enfermedades con agujas de piedra denominadas bian, chan y zhen. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

En la edad neolítica, además de agujas de piedra artificialmente pulidas, se usaban también agujas pulidas de hueso o de bambú como instrumentos para la acupuntura. Y cuando los antepasados crearon la técnica de cocer utensilios de barro, comenzaron a utilizarse agujas de barro. Incluso después de la fundación de la República Popular China, en algunos lugares se conservaba este antiguo método de «tratamiento con agujas de barro». (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

Por otra parte, a través de constantes prácticas clínicas, se ha descubierto que cuando uno padece cierta enfermedad, aparecen en determinado punto, o en algunos puntos que se encuentran en diferentes zonas, fenómenos anormales, tales como dolor, distensión o calor. Esto ha conducido al conocimiento de la ley de relación entre los puntos y las enfermedades, y, por consiguiente, se ha llegado al diagnóstico por observación de los puntos. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

El hallazgo de los puntos y la ampliación de sus usos constituyen un importante adelanto en la acupuntura y moxibustión. Su valor no sólo radica en el conocimiento de su localización en el cuerpo humano y de su función, sino también en que ha dado origen a la teoría de meridianos y colaterales.

Sin embargo, es difícil establecer si realmente son los puntos los que han dado origen a la teoría de canales, pues precisamente en Mawangdui se encontraron dos obras que describen canales y no se habla de puntos. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

Así pues, se han echado de ese modo los cimientos para el desarrollo de la acupuntura y moxibustión. En el pasado, al aplicarse el tratamiento acupuntural se fue observando que con determinada manipulación las sensaciones de dolor, entumecimiento, distensión y pesadez en el paciente se extendían siempre a lo largo de determinada dirección. Más tarde se descubrió que ciertos puntos que se encontraban en diferentes partes tenían la misma o parecida función; así, se llegó a comprender la ley que los relaciona. Sobre esta base de conocimiento, se ligaron los puntos que tenían similares funciones o íntimas relaciones. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

Desde el “punto” se llegó a la “línea”, y a partir de ellos, a la noción de «meridianos y colaterales», concepto que se refiere a las particulares relaciones internas entre ciertos puntos o entre éstos y algunos órganos. Se debe aclarar que la evidencia histórica es justamente al contrario (Mawangdui), es decir que inicialmente se habló del canal. Antiguamente la gente denominaba los “troncos” verticales como “meridianos”, que tienen el sentido de “pasaje”, y a las ramas que se derivan de éstos, «colaterales», con el sentido de “red”. En Neijingse refiere que los meridianos, ligándose entre sí según cierto orden, forman una red que «se extiende por todas las partes del cuerpo con circulación permanente». (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

Según la teoría de meridianos y colaterales de la medicina tradicional china, en el cuerpo humano existen doce meridianos regulares y dieciséis colaterales (Con XuLi, el gran colateral del Estómago) junto con otros ocho meridianos extraordinarios y secundarios. Estos meridianos y colaterales se cruzan entre sí, comunican lo interior con lo superficial, y viceversa, y llegan a todas las partes del cuerpo, formándose así todo un «sistema de meridianos y colaterales» que vinculan de esta manera todos los órganos internos, los tejidos, las diversas partes de la cabeza, la cara, el tronco y las extremidades, haciendo que el cuerpo humano sea un todo íntegro unificado.

La formación y el desarrollo de dicha teoría simbolizan el enriquecimiento y la elevación de la teoría de la acupuntura y moxibustión a través de la práctica”. (ZhengXingshan, Mu Yingyin y Yang Mingde, 1985).

4.3 Antecedentes socio culturales de la Acupuntura

“En primer lugar se asume que en las sociedades latinoamericanas actuales existen diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación. Pero además de reconocer esta diversidad, cuando nos referimos a estas formas de atención no las pensamos principalmente en términos de eficacia, de eficiencia y/o de calidad, sino en términos de reconocer su existencia, dado que frecuentemente desde la perspectiva del sector salud y de la medicina alopática, toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese a ser frecuentemente utilizada por diferentes sectores de la población.

Las diversas formas de atención que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico / políticas, técnicas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre la medicina alopática y la mayoría de las otras formas de atención”. (Menéndez, 2003).

“Según algunos autores las formas de atención de la medicina tradicional americana se opondrían a determinadas concepciones y hasta valores de la medicina alopática, y lo mismo sustentarían representantes de la denominada medicina científica con respecto a mayoría de los usos populares y especialmente de ciertas actividades de autoatención”. (Menéndez, 2003).

“Más aún se considera que el reconocimiento de estas oposiciones suele darse sobre todo a través de las representaciones técnicas y sociales de los curadores de las diferentes formas de atención, pero no a nivel de las prácticas de los conjuntos sociales a través de las cuales se observa una tendencia a integrar las diferentes formas de atención más que a antagonizarlas, excluirlas o negar unas en función de otras. Lo que domina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen y más allá de la situación de clase o de la situación étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud. En las sociedades latinoamericanas, y especialmente en las sociedades capitalistas más desarrolladas se estarían incrementando actualmente las denominadas medicinas alternativas o paralelas, y si bien dicho incremento sería, en cierta medida, una reacción a determinadas características de las orientaciones de la medicina alopática, éste no es sin embargo el factor decisivo, por lo menos respecto de determinados procesos. Para dar un ejemplo; se suele decir que el desarrollo de ciertas medicinas alternativas se debe en gran medida al tipo de relación médico/paciente que ha ido configurando e imponiendo la medicina alopática, el cual excluye, niega o subordina la palabra del paciente. Si bien esta afirmación es en parte correcta, debe subrayarse que varias de las medicinas alternativas y de las denominadas “tradicionales” se caracterizan por ser tan asimétricas en términos técnicos o excluyentes de la palabra del paciente como la alopática, y algunas mucho más. Para varias de estas medicinas la asimetría – inclusive en el uso de la palabra – es condición necesaria para ejercer la ocupación de atender los padecimientos y por lo tanto de “curar”. El incremento constante de las denominadas medicinas alternativas y la recuperación de formas de la medicina popular no constituyen sólo reacciones contra la medicina alopática. Si bien no niega la existencia de procesos reactivos hacia la medicina alopática, éstos no constituyen los únicos ni frecuentemente los principales factores de este desarrollo, ya que intervienen una pluralidad de factores incluyendo la industria químico / farmacéutica, que como sabemos constituye uno de los pilares de la intervención y expansión de la medicina alopática. Así por ejemplo en el caso de las formas de atención denominadas tradicionales y populares (Menéndez, 1994), observamos que algunas de sus actividades han sido resignificados en sus usos no sólo en el medio rural, sino especialmente en el medio urbano tanto de los países periféricos como desarrollados. Un caso típico es el de la medicina herbolaria que ha sido especialmente impulsada en los últimos veinte años por una parte de la industria químico / farmacéutica, dado el incremento del consumo

de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. En cada sociedad los diferentes grupos utilizan formas específicas de atención tradicionales / populares, pero es importante subrayar que la mayoría de las mismas están dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, económicos o étnicos. Otro proceso importante a considerarse es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de formas de atención a la salud que corresponden a saberes académicos de otros sistemas muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y de la digitopuntura, pero debe subrayarse que en varios países europeos y latinoamericanos se han asentado y desarrollado la Medicina Tradicional China o la medicina Ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas tradiciones académicas". (Menéndez, 2003).

"Si bien un aparte de este desarrollo se debe a procesos migratorios de masa, que implican el asentamiento no sólo de trabajadores migrantes, sino también de sus sistemas de atención; en otros casos son debidos a un proceso de apropiación generado por determinados sectores sociales de los propios países "occidentales".

Estos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de las formas de atención a la enfermedad, que por supuesto adquiere una dinámica y diferenciación específica en cada contexto. (Menéndez, 2003).

Ahora si bien casi todas estas formas de atención, incluida la alopática, se preocupan por la salud, dado que en el caso de la alopática por ejemplo busca prevenir y educar para la salud, y otras formas de atención promueven el desarrollo de una salud equilibrada o inclusive se proponen la búsqueda de mecanismos para impulsar una salud positiva; lo real es que la casi totalidad de las actividades de las diversas formas de atención actúan básicamente respecto de los padecimientos y enfermedades y no sobre la promoción de salud. Y esto no sólo porque lo proponen e impulsan los curadores, sino porque lo solicitan los sujetos y grupos sociales, ya que éstos demandan acciones sobre sus padecimientos más que sobre su salud. Lo señalado no ignora que, especialmente en las sociedades capitalistas de más alto grado de desarrollo, se incrementa la población que realiza diferentes tipos de acciones en busca de mejorar y/o promover su propio estado de salud a nivel individual, aunque frecuentemente a través de una noción sumamente medicalizada del mismo pese al uso de formas alternativas". (Menéndez, 2003).

4.4 Antecedentes Normativos

El Artículo 48 de la Constitución Nacional estableció la Seguridad Social como un derecho irrenunciable y conexo al derecho a la vida, configurando su carácter de derecho fundamental, para dar cumplimiento a lo ordenado en la Constitución el Estado colombiano promulgó la Ley 100 de 1993, creando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en un modelo de aseguramiento

que pretendía, entre otros aspectos, la participación de un amplio sector de la economía privada como ente administrador y la presencia de prestadores de servicios de salud públicos y privados que favoreciera la ampliación de cobertura y el financiamiento en salud de la población pobre y vulnerable.

El Estado colombiano en cumplimiento de las funciones de dirección, control y vigilancia de las instituciones que participan en el SGSSS, establece a través de una serie de normas la planeación y coordinación de las diferentes entidades y el plan de beneficios que contempla las actividades, procedimientos e intervenciones que se pueden prestar a la población afiliada al SGSSS.

La ley 100 de 1993, estableció dos regímenes de afiliación: el contributivo, para las personas vinculadas laboralmente o con capacidad de pago, y el régimen subsidiado, para la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago y a quienes el Estado está en la obligación de financiar total o parcialmente la cotización al SGSSS.

Régimen Contributivo

Las EPS (Entidades Promotoras de Salud) son entidades aseguradoras autorizadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud y pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta.

Las EPS deben fomentar la afiliación, recibir los aportes, organizar la red de prestadores de servicios de salud de tal forma que los afiliados puedan acceder a la atención sin barreras de acceso, realizar ante el FOSYGA la compensación de los recursos percibidos a través del pago de las cotizaciones de los afiliados y cancelar los servicios cobrados por las IPS de los servicios prestados a sus usuarios.

A través de la subcuenta de compensación del FOSYGA el Estado gira las unidades de pago por capitación (UPC) a las entidades administradoras del plan de beneficios del régimen contributivo para la cobertura de la población colombiana con capacidad de pago, el plan de beneficios contempla la recuperación de la salud, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el cubrimiento de prestaciones económicas cuando se presenta incapacidad por enfermedad, accidentes o por maternidad.

La Resolución 5261 de 1994 reglamenta y establece las actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud – MAPIPOS. La resolución señala las características y condiciones del servicio de salud a que tienen derecho los colombianos y que deben ofrecer las EPS y las IPS. La Resolución 5261 ha sido modificada varias veces desde su expedición, sin embargo, sigue siendo el eje principal del contenido de los servicios de salud.

El Régimen Subsidiado

A través de la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA y otros aportes del Estado, provenientes de impuestos y del sistema general de participación, se realizó la transición de los recursos de la oferta a la demanda, es decir, los recursos públicos que financian los hospitales se deben invertir en el aseguramiento de la población pobre y vulnerable (Subsidio a la demanda). Por lo tanto, la red hospitalaria pública debió ser eficiente y competitiva, para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las administradoras del régimen subsidiado y contributivo.

La cobertura en servicios para el régimen subsidiado inició con un plan de beneficios limitado en comparación con el plan de beneficios del régimen contributivo (Acuerdos 72 y 74 de 1997, por medio de los cuales se definió el plan de beneficios del régimen subsidiado) por lo tanto, se estableció por parte del Estado colombiano la cobertura de los servicios no cubiertos por la red hospitalaria pública a través de la figura de vinculado y se planteó la ampliación de cobertura en servicios de salud gradualmente, debiendo ser igual a la del contributivo inicialmente para el año 2001. Fecha que el Estado colombiano no logro cumplir debido a la dificultad en el financiamiento de los contenidos del plan de salud y al no crecimiento de la población con capacidad de pago que impidió la viabilidad del proyecto.

El Estado colombiano a través del Acuerdo 267 de 2004, autorizó la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA para ampliar la cobertura en el régimen subsidiado de salud mediante subsidios parciales.

Por lo tanto, las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN pueden acceder a través de un subsidio total a las coberturas del régimen subsidiado y las personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del SISBEN, pueden acceder a través de un subsidio parcial.

Las personas que accedan al esquema de subsidios parciales tendrán derecho a recibir los siguientes beneficios del POS subsidiado: Atención integral de enfermedades de alto costo, atención integral en traumatología y ortopedia, incluida la rehabilitación física, atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones, atención integral al menor de un año, los medicamentos que sean formulados como parte de las atenciones señalada anteriormente.

Sin embargo la Corte Constitucional a través de la sentencia 760 de 2008 reformó la naturaleza y composición del plan obligatorio de salud (POS) a través del fortalecimiento de los comités técnico científicos (CTC) de las entidades promotoras de salud (Resolución 3099 de 2008), instancias que revisan el 100% de las solicitudes realizadas por los afiliados de servicios y medicamentos no pos para su posterior autorización y recobro al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA).

La Corte Constitucional planteó una solución frente al número creciente de tutelas interpuestas por los afiliados ante la negativa persistente de las entidades promotoras de salud para el cubrimiento de eventos y medicamentos no POS. Este incumplimiento por parte de las entidades promotoras de salud (EPS) se sustenta en el incentivo financiero como eje de funcionamiento / operación del SGSSS y no en aspectos relacionadas con resultados en salud y calidad de la prestación de los servicios (Oportunidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad, integralidad y continuidad). Es decir, que la Sentencia obligó a los EPS autorizar un número creciente de servicios no POS avalados por el concepto inicial del médico tratante, debidamente justificados desde el punto de vista técnico científico y en el caso de los medicamentos aprobados por el INVIMA para su comercialización en Colombia, esta situación dio un nuevo escenario a la Medicina Alternativa o Complementaria, al permitir al afiliado acceder a consultas, terapias, insumos y medicamentos, pero también limitó su uso, debido al desconocimiento y no reconocimiento como una alternativa de tratamiento, generalmente los comité técnicos científicos no autorizan los servicios.

Sin embargo, en Diciembre de 2009, la Comisión Reguladora en Salud (CRES) dio cumplimiento a lo establecido por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008, promulgando el Acuerdo 008, donde aclara y actualiza en forma integral el POS C y el POS S.

Es importante destacar las siguientes normas por su papel regulatorio en el tema de la Acupuntura:

Resolución 2927 de 1998, la cual reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud. Las terapias definidas en el cuerpo de esta Resolución, son las aceptadas como formas de prestación de servicios de salud dentro del marco General del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Acupuntura está incluida en el listado.

Ley 1164 de 2007. La cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de salud. El artículo 19 señala la obligatoriedad de acreditar la certificación académica por una institución de educación superior y crea diferentes comités como el de Culturas Médicas Tradicionales y el subcomité sobre Medicina Tradicional China, entre otros. Resolución 1043 de 2006, establece las condiciones mínimas que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios, aclara que la prestación de estos servicios debe realizarse por profesionales debidamente acreditados e instruye de manera general sobre dotación y mantenimiento, dicta algunos lineamientos generales sobre el uso de las agujas de acupuntura y la moxa.

En el Capítulo II. Artículo 8. Numeral 22 del Acuerdo 008 de 2009, se define las Medicinas Alternativas como “el conjunto de prácticas médicas fundamentadas en

saberes, cosmovisiones y culturas diferentes a los conocimientos de las ciencias y las tecnologías convencionales”. En el Capítulo IV. Condiciones generales de cobertura. Artículo 16 reza: “Medicina alternativa. Las EPS podrán incluir la utilización de medicinas alternativas en su red de servicios por parte de los prestadores que la conforman, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia”.

En el Anexo 2 del acuerdo 008 de 2009 se encuentra bajo el código 890214: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIAS ALTERNATIVAS. Código 890314: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIAS ALTERNATIVAS. Código 999100: ACUPUNTURA Y TERAPIA NEURAL SOD. Aún con la normatividad existente en Colombia, son escasos los estudios de investigación sobre el papel que desarrollan las terapias complementarias y particularmente la Acupuntura en la prestación de servicios de salud, aún por fuera del SGSSS, a pesar de estar expresamente contemplada en los lineamientos que rigen la prestación de servicios de salud. El Ministerio de la Protección Social ha expedido algunas normas sobre la inclusión de la Medicinas Alternativas en el actual modelo de atención del SGSSS y con la Ley 1164 de Talento Humano estableció las competencias necesarias del recurso humano para ejercerlas. Por lo tanto, se genera la necesidad por parte del Estado de elaborar modelos de atención integrales que faciliten la comprensión de la enfermedad desde un punto de vista holístico (cuerpo, mente y espíritu) y no solo bajo un criterio hegemónico anatomopatológico, que conlleve a una recuperación de la salud del paciente.

Otra razón que justifica esta investigación es que no se conocen los aspectos que influyen en la decisión del usuario para utilizar o no estas terapias alternativas.

4.5 Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP).

Teniendo en cuenta que la investigación establece como objeto de estudio la descripción de las actitudes de los Gerentes / Directores de las áreas de salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo frente a la Medicina Tradicional China Acupuntura en el POS C, se hace necesario precisar el término actitud, para la elaboración de un marco teórico que permita unificar las diversas formas de asumir y expresar éste al interior de la investigación, de tal manera, que se identifiquen los parámetros o características en los que se fundamenta o moviliza el concepto, y así delimitar los criterios bajo los cuales se encierra el interés del investigador, facilitando las condiciones de acercamiento y abordaje de los actores involucrados.

Se puede definir las actitudes, como las creencias, sentimientos y tendencias de un individuo que origina un determinado comportamiento; son una acción exterior manifiesta (Explícita y observable) que el sujeto realiza en situaciones determinadas que llevan a reaccionar de una forma característica frente a

individuos, situaciones u objetos. Esta definición se sustenta en los planteamientos introducidos por Thomas y Znaniecki en la Psicología Social, expresando que la actitud es un “conjunto de creencias, normas, etc., elaboradas por un grupo social y compartidos por sus miembros y que orientan a los sujetos en el mundo social. Las actitudes reflejan los aspectos comunes compartidos por ellos y que los diferencian de otros grupos sociales....se entenderá las actitudes como forma de relación de un sujeto con un objeto social, entendiendo por objeto social tanto personas, situaciones sociales como problemas sociales” (Citado por Sánchez y Mesa, 1998 pág. 14).

De igual manera, Sánchez y Mesa (1998), plantean que la actitud contempla aspectos como: Cognoscitivo: Que comprende las creencias, valores y estereotipos acerca del objeto. “Podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud”. Afectivo: En el que se relacionan los sentimientos y las emociones, es considerado como el componente fundamental de la actitud. Es posible que se asocien sentimientos de agrado y desagrado para el sujeto frente a un objeto, el condicionamiento (experiencia) y la reflexión son formas para que los objetos adquieran carga afectiva. Tendencial, que establece el actuar o reaccionar de una forma particular con respecto al objeto. Son las intenciones conductuales o acciones en relación a una actitud. Sánchez Sebastián; Mesa María Carmen, Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. Primera parte. Melilla. España. 1998).

En la literatura se encuentra una gran diversidad de definiciones que reflejan puntos de vista diferentes: Sociológica, psicológica, antropológica, etc.

La actitud puede definirse como una postura o disposición voluntaria que expresa un estado de ánimo o una intención, o, una visión del mundo o de la existencia, que es constituida por la experiencia y el conocimiento previo, que permiten al sujeto estructurar percepciones, que orientan su forma de responder o socializar en su entorno. (Sánchez Sebastián; Mesa María Carmen, Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. Primera parte. Melilla. España. 1998).

Desde la Psicología Allport citado por Sánchez y Mesa (1998, pág. 10) definió la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. (Sánchez Sebastián; Mesa María Carmen, Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. Primera parte. Melilla. España. 1998). Es decir, que la actitud requiere de percepciones aprendidas a través del conocimiento y la experiencia, que preparan al individuo para la construcción de respuestas ante estímulos sociales. Las actitudes serían reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo.

Se observan dos modelos de actitud: “Modelo Unidimensional; consiste en enfatizar el componente evaluativo de la actitud, utilizando el término para referirse “a un sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema”. Dentro de este modelo es importante diferenciar el concepto actitud del concepto de creencia y de intención conductual. Así, la actitud representa las emociones relacionadas con el objeto de actitud, es decir, su evaluación positiva o negativa. Las creencias se reservan para las opiniones que el sujeto tiene acerca del objeto de actitud, la información, conocimiento o pensamientos que alguien tiene sobre el objeto de actitud. La intención conductual hace referencia a la disposición a comportarse de alguna forma con respecto al objeto de actitud. Esta disposición para la conducta no implica necesariamente que la conducta sea de hecho ejecutada. B. Modelo Multidimensional: La actitud se entiende como una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas. (Sánchez Sebastián; Mesa María Carmen, Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. Primera parte. Melilla. España. 1998).

Para la medición de conocimientos y actitudes se han diseñado o empleado diversas escalas, las cuales buscan determinar la intensidad de una respuesta. Revisando varios artículos sobre las actitudes se observa que éstas pueden ser medibles, un ejemplo de ello, es el concepto que se tiene sobre la opinión como la “expresión verbal de la actitud”; debido a que no se puede observar en forma directa la actitud, la opinión verbal expresada por el individuo puede ser utilizado como indicador de la misma. Si se obtiene una aceptación o rechazo de las opiniones, se está midiendo indirectamente sus actitudes. (Ospina BE, Sandoval JJ, Aristizábal CA, Ramírez MC, La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003).

Es importante tener herramientas que permitan medir las actitudes, la mayor parte de los métodos usados evalúan la actitud a través de las opiniones o creencias que se tengan, es decir que se infieren a partir de la conducta. (Sánchez Sebastián; Mesa María Carmen, Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. Primera parte. Melilla. España. 1998).

“Un método directo y clásico, de tipo psicométrico, es la Escala de LIKERT. Este autor parte del supuesto de que una actitud debe ser definida como “disposiciones de los sujetos hacia una acción manifiesta”. Además asume una serie de principios: 1) Es posible estudiar dimensiones de actitud a partir de un conjunto de enunciados que actúan como reactivos para los sujetos. 2) Los sujetos pueden situarse en las variables de actitud desde el punto más favorable al más desfavorable. De los escasos instrumentos de carácter cuantitativo que podemos emplear en la evaluación, sin duda las escalas de actitudes son las más importantes y de mayor aplicación. Las escalas están formadas por ítems de tipo cognitivo (ideas y creencias), ítems afectivo (sentimientos y afectos) e ítems conductuales (actitud manifiesta)”. (Sánchez Sebastián; Mesa María Carmen,

Construcción de Escalas para la Evaluación de Actitudes. Primera parte. Melilla. España. 1998).

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con una metodología cuantitativa.

5.2 Población y muestra

Actualmente existen 24 EPS C autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para funcionar en el régimen contributivo.

Se aplicó una encuesta de Actitudes a una muestra no probabilística de 11 Gerentes / Directores del área de Salud de 11 EPS Con sede en Bogotá.

5.3 Técnicas e instrumentos

Se utilizó como técnica una encuesta que se aplicó bajo la elaboración de un formulario impreso (Instrumento), en el cual se indagó sobre las actitudes de la población objeto de la investigación, previamente se firmó el consentimiento informado. Esta encuesta se elaboró con el objetivo de establecer las actitudes que manifiestan tener los Gerentes / Directores del área de salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo frente a la prestación de servicios de Medicina Tradicional China Acupuntura en el POS.

La encuesta consistió en 17 preguntas de selección múltiple con única respuesta, que consta de: Datos socio demográficos (seis variables), con preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la Medicina Tradicional China Acupuntura.

5.4 Procedimientos y plan de análisis

Se empleó como modelo para las respuestas la escala Likert.

Como mecanismo de confiabilidad y validación de la encuesta se realizó una prueba piloto a una muestra aleatoria simple de 5 funcionarios de una EPS C en la ciudad de Bogotá quienes sirvieron como evaluadores, previo consentimiento informado. Se analizó el proceso de aplicación de la encuesta y de recolección de la información con el propósito de efectuar las correcciones pertinentes.

5.5 Identificación de variables

Tabla N°. 2.

Identificación de Variables

Nombre de Variable	Definición	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición
Edad	Número de años transcurridos a partir del nacimiento	Años cumplidos	Razón	Números enteros en años.
Género	Aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicos.	Referencia verbal expresada en forma escrita	Nominal	F o M
Nivel de escolaridad	Grados de estudio del Encuestado	Ultimo estudio realizado en forma completa	Nominal	Especialidad Maestría Doctorado
Profesión	Tipo de título obtenido en el pregrado	Referencia verbal expresada en forma escrita	Nominal	Lista de profesiones posible
Estado civil	Formas legales o de hecho para establecer vínculos con una pareja	Referencia verbal expresada en forma escrita	Nominal	Soltero Casado Viudo Separado Unión libre
Cargo	Tipo de cargo Que desempeña	Referencia verbal expresada en forma escrita	Nominal	Gerente Director
Actitudes	Modelo Multidimensional: Predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas. Los componentes son: —Componente Afectivo. —Componente cognitivo. —Componente conativo o comportamental.	Categorización con base en las respuestas dadas a las preguntas relacionadas con actitudes	Ordinal	Mucho No mucho Algo Casi nada Nada

6.Aspectos éticos

Desde el punto de vista ético es viable la realización de la investigación, no se accede a documentos privados o confidenciales de los pacientes como la historia clínica o registros clínicos de las EPS C o IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud).

Da cumplimiento a lo establecido en la Ley de Ética Médica (Ley 23 de 1981) y en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Esta investigación se fundamenta en el respeto hacia la persona que participa voluntariamente como sujeto de la investigación, con información adecuada que le permita dar su consentimiento informado en forma previa.

La privacidad de las encuestas, se conservara a través de su custodia (No se emplearán con ningún otro propósito) y clasificación mediante un código de identificación.

Es viable financieramente, la aplicación de encuestas se realizará en la ciudad de Bogotá, no se efectuarán desplazamientos a otros municipios y se utilizarán como insumos lapiceros y resma de papel tamaño carta.

7.Resultados

7.1 Resultados de la Prueba Piloto

Se aplicó la encuesta piloto diseñada para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas a cinco EPS con el propósito de identificar e eliminar los problemas potenciales relacionados con redacción, formato, secuencia, dificultad en las preguntas, disponibilidad de tiempo, perfil del encuestado, etc. De acuerdo a su aplicación, se ajustaron las preguntas y se generó una mejor estrategia de abordaje y solicitud de cita para los directores o gerentes de las entidades promotoras de la salud, debido a su agenda tan apretada.

De las cinco EPS seleccionadas para realizar la prueba piloto, tres no estaban incluidas en la muestra seleccionada como objeto de estudio.

Las cinco instituciones se encuentran ubicadas en la ciudad de Bogotá y son administradoras del régimen contributivo. Se contactó a funcionarios del área de salud para aplicar la prueba piloto.

Se utilizó una encuesta de 18 preguntas de selección múltiple, 8 preguntas de conocimientos sobre la acupuntura, 5 de actitudes frente a la acupuntura y 5 sobre las prácticas relacionadas con la acupuntura.

Las respuestas se diseñaron según la escala de Likert, las posibles alternativas fueron Mucho, No mucho, Algo, Casi nada y Nada (Ver anexo 1).

Las encuestas se realizaron con acompañamiento del encuestador, con el propósito de observar las reacciones y de explicarle su objetivo.

Previamente se firmó el consentimiento informado y se explicó las instrucciones sobre la puntuación.

El tiempo promedio utilizado para su diligenciamiento fue de 14 minutos.

Con respecto al perfil profesional de los encuestados se encontró que cuatro son médicos y una es enfermera jefe.

Como hallazgo importante se observó en los encuestados escaso conocimiento sobre la Acupuntura y confusión en las normas que incluyen la acupuntura en el plan obligatorio de salud contributivo (POS C), a pesar que algunos de ellos indicaron en la encuesta que conocían la normatividad, sin embargo, al preguntar de forma verbal sobre las normas y su contenido las respuestas fueron ambiguas y poco específicas. Indicaron que de estar ésta contemplada en los contenidos del POS C se daría cubrimiento en cumplimiento de la normatividad que rige para el sector salud. También aclararon el papel que desempeñan los Comités Técnico Científicos de las EPS para la aprobación de procedimientos no POS en caso de que la acupuntura no hiciera parte del plan de beneficios contributivo.

Dos de los encuestados tienen conocimientos amplios y conceptos favorables sobre la prestación de servicios de Acupuntura debido a su anterior experiencia laboral en medicina prepagada, donde se autoriza el servicio sin mayores inconvenientes, se encuentra ofertada y contratada dentro de sus planes de beneficios como valor agregado.

Dos EPS señalaron que contemplan la prestación de servicios dentro de su modelo de atención actual y ofertan a sus afiliados una red de prestadores para acceder a los servicios de Acupuntura.

Dos encuestados son egresados de la Universidad Juan N Corpas en Bogotá, institución con una orientación académica dirigida en algún grado hacia las terapias complementarias en pregrado y con una especialización en terapias alternativas en posgrado, situación que permitió generar conceptos positivos o favorables hacia la Acupuntura y sobre los profesionales que la practican. Consideran que al estar acreditada la formación por universidades reconocidas y autorizadas por el Ministerio de Educación, hace idóneo el ejercicio de la Acupuntura en el sector salud.

Uno de los encuestados refirió una experiencia familiar positiva con la utilización de la acupuntura, por lo tanto, ha construido una percepción favorable sobre esta alternativa terapéutica.

Uno de los encuestados ha utilizado la Acupuntura, como opción terapéutica, obteniendo una respuesta clínica adecuada.

Se indicó por parte de los cinco encuestados que la solitud de servicios de acupunturales prácticamente ninguna.

Existe confusión con respecto al costo de la acupuntura, algunos la consideran económica y otros costosa, situación que afectaría negativamente el control del costo médico de la EPS, debido a que la tarifa a negociar con las IPS que prestan este servicio superan ampliamente las tarifas ISS o SOAT (Valores de referencia de negociación en salud para las EPS). Indican que este tipo de servicios generalmente va asociado a otras modalidades de tratamiento como la

homeopatía, sustancias que aún no son aprobadas dentro del POS C, con dudosa base científica, que incrementarían sus costos.

Sobre el formato de encuesta indicaron que las instrucciones sobre las alternativas de respuesta se deberían dejar solo en la primera hoja, en las siguientes hojas se convierten en un distractor debido a que se considera que cambiaron las instrucciones.

Se detectó que la pregunta 5 de conocimientos es similar a la número 3 de actitudes, por lo tanto, se eliminó del cuestionario la pregunta 5 de conocimientos para dar más peso a las preguntas sobre actitudes.

Los funcionarios de las cinco EPS no tuvieron ninguna dificultad en contestar las preguntas según los distractores propuestos y las encontraron claras.

Con respecto a las preguntas sobre conocimientos se observa una tendencia hacia la no favorabilidad en las preguntas 1, 3, 6 y 8, situación que se evidenció durante la aplicación de la encuesta debido a la escasa información demostrada sobre qué es la acupuntura, mecanismos generales de acción, para qué sirve y si se encuentra incluida o no en el plan de beneficios del POS C o su aval por organismos internacionales. Las preguntas 2, 4, 5 y 7 mostraron una tendencia hacia la favorabilidad. Situación derivada del mismo desconocimiento que se tiene sobre la misma, se considera inocua debido a que no se realizan abordajes o procedimientos invasivos, a la exigencia actual relacionada con la Ley de Talento Humano, que establece unos requisitos de formación y certificación de los profesionales a través de la verificación de títulos por los entes de vigilancia y control. Aunque la pregunta 7 presentó una apreciación alta del tema, se observaron dudas sobre las normas y las condiciones sobre la inclusión de la Acupuntura en el POS C.

Sobre las preguntas relacionadas con actitudes, la tendencia fue hacia la favorabilidad, situación derivada de la observación de casos de manejo exitosos y de la idoneidad de los profesionales que actualmente la ejercen.

Las preguntas sobre prácticas mostraron una respuesta no favorable hacia la Acupuntura. Se observa una escasa utilización, por parte de los encuestados y los usuarios afiliados, existe desconocimiento sobre su utilidad o beneficios, seguridad, riesgos, forma de acceso y costos. No existe motivación para su uso debido a que aún persisten conceptos sobre su escaso soporte científico y a la mínima o nula formación en pregrado sobre estas disciplinas desde la academia formal.

Las convenciones utilizadas, los datos sociodemográficos y las tablas con los resultados de la prueba piloto se encuentran en el Anexo D (Tablas N°. 3, 4, 5, 6 y 7), y la encuesta piloto en el Anexo A.

Conocimientos:

Tabla N°. 8. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)

Frecuencia Absoluta (Respuesta por Personas)										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Promedio	Mediana
Nada	0	0	1	0	0	3	0	0	0,5	0
Casi Nada	1	0	2	0	0	2	1	0	0,75	0,5
Algo	3	1	0	0	1	0	1	3	1,125	1
No Mucho	1	1	1	0	0	0	1	0	0,5	0,5
Mucho	0	3	1	5	4	0	2	2	2,125	2

Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 9. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)

Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Promedio	Mediana
Nada	0%	0%	20%	0%	0%	60%	0%	0%	10%	0%
Casi Nada	20%	0%	40%	0%	0%	40%	20%	0%	15%	10%
Algo	60%	20%	0%	0%	20%	0%	20%	60%	23%	20%
No Mucho	20%	20%	20%	0%	0%	0%	20%	0%	10%	10%
Mucho	0%	60%	20%	100%	80%	0%	40%	40%	43%	40%

Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 10. Frecuencia Absoluta Consolidada

Frecuencia Absoluta Consolidada										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Promedio	Mediana
Bajo	1	0	3	0	0	5	1	0	1,25	0,5
Medio	3	1	0	0	1	0	1	3	1,125	1
Alto	1	4	2	5	4	0	3	2	2,625	2,5

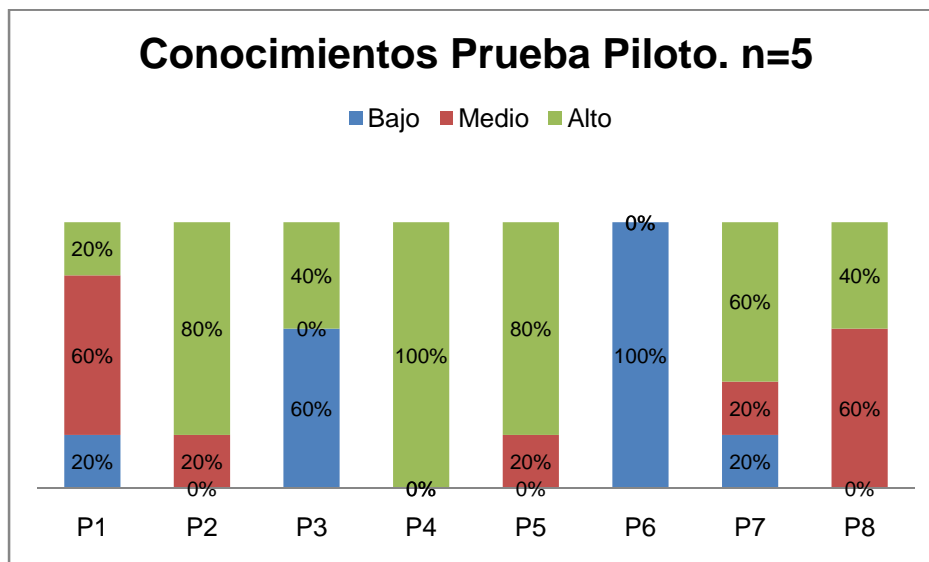
Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 11. Frecuencia Relativa Consolidada

Frecuencia Relativa Consolidada										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Promedio	Mediana
Bajo	20%	0%	60%	0%	0%	100%	20%	0%	25%	10%
Medio	60%	20%	0%	0%	20%	0%	20%	60%	23%	20%
Alto	20%	80%	40%	100%	80%	0%	60%	40%	53%	50%

Fuente: Encuesta Piloto

Gráfica N°.1 Conocimiento.



Actitudes:

Tabla N°. 12. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)

Frecuencia Absoluta (Respuesta por Personas)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Nada	0	0	0	0	0	0	0
Casi Nada	0	0	0	0	0	0	0
Algo	1	1	1	2	0	1	1
No Mucho	1	1	0	2	1	1	1
Mucho	3	3	4	1	4	3	3

Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 13. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)

Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Nada	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Casi Nada	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Algo	20%	20%	20%	40%	0%	20%	20%
No Mucho	20%	20%	0%	40%	20%	20%	20%
Mucho	60%	60%	80%	20%	80%	60%	60%

Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 14. Frecuencia Absoluta Consolidada

Frecuencia Absoluta Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
No Favorable	0	0	0	0	0	0	0
Neutra	1	1	1	2	0	1	1
Favorable	4	4	4	3	5	4	4

Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 15. Frecuencia Relativa Consolidada

Frecuencia Relativa Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
No Favorable	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Neutra	20%	20%	20%	40%	0%	20%	20%
Favorable	80%	80%	80%	60%	100%	80%	80%

Fuente: Encuesta Piloto

Gráfica N°.2. Actitudes

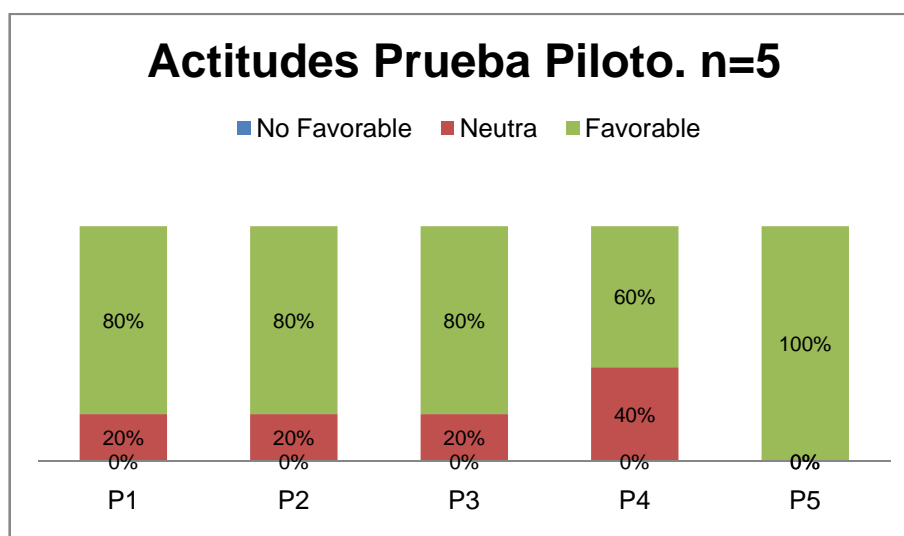
Prácticas:

Tabla N°. 16. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)

Frecuencia Absoluta (Respuestas por Personas)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Nada	4	0	2	1	0	1,4	1
Casi Nada	0	0	1	2	1	0,8	1
Algo	1	2	2	2	1	1,6	2
No Mucho	0	2	0	0	1	0,6	0
Mucho	0	1	0	0	2	0,6	0

Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 17. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)

Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Nada	80%	0%	40%	20%	0%	28%	20%
Casi Nada	0%	0%	20%	40%	20%	16%	20%
Algo	20%	40%	40%	40%	20%	32%	40%
No Mucho	0%	40%	0%	0%	20%	12%	0%
Mucho	0%	20%	0%	0%	40%	12%	0%

Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 18. Frecuencia Absoluta Consolidada

Frecuencia Absoluta Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Inadecuada	4	0	3	3	1	2,2	2
Neutra	1	2	2	2	1	1,6	2
Adecuada	0	3	0	0	3	1,2	0

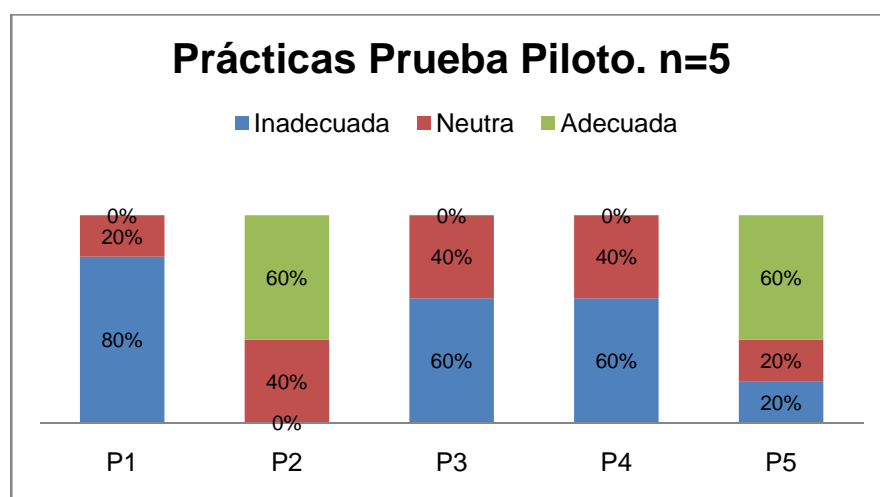
Fuente: Encuesta Piloto

Tabla N°. 19. Frecuencia Relativa Consolidada

Frecuencia Relativa Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Inadecuada	80%	0%	60%	60%	20%	44%	40%
Neutra	20%	40%	40%	40%	20%	32%	40%
Adecuada	0%	60%	0%	0%	60%	24%	0%

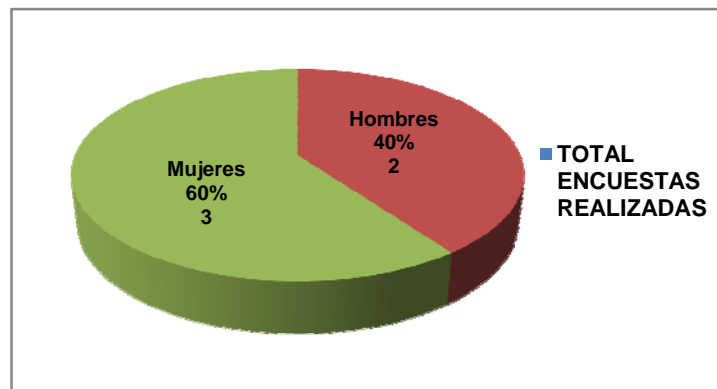
Fuente: Encuesta Piloto

Gráfica N°.3. Prácticas



7.2 Resultados Generales Encuesta Piloto.

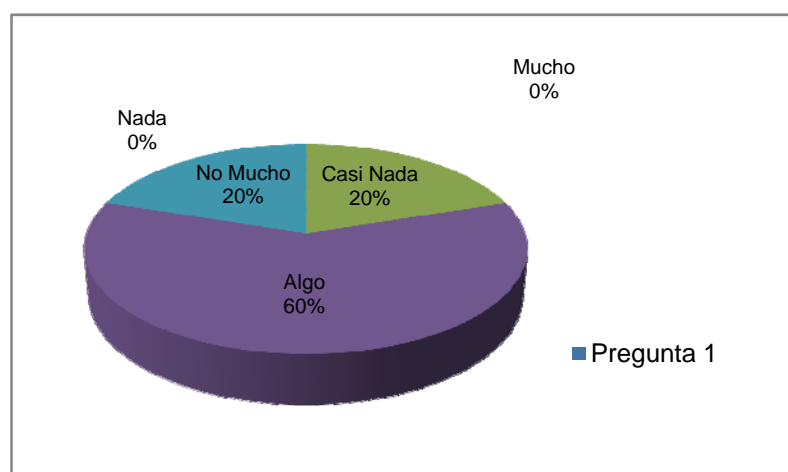
Gráfica N°.4. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. Total encuestas realizadas.



Las encuestas piloto se aplicaron a funcionarios del área de salud de cinco EPS con edades entre 30 a 45 años de edad. Los encuestados fueron 3 mujeres y 2 hombres.

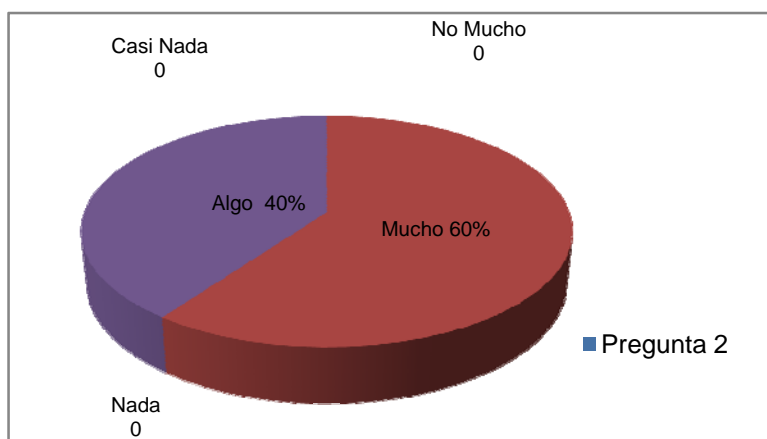
Conocimientos

Gráfica N°.5. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Qué tanto conoce acerca de la acupuntura?



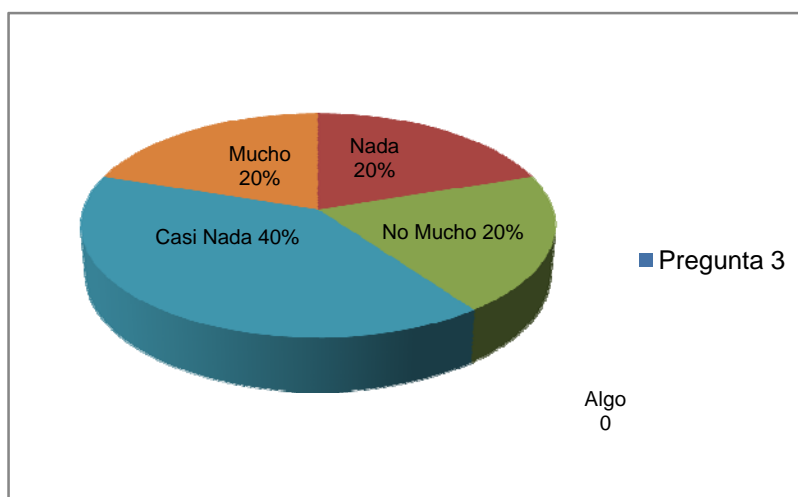
Se categorizaron como conocimientos altos:No Mucho (20%), medios:Algo (60%) y bajos:Casi Nada (20%).

Gráfica N°.6. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿La Acupuntura es segura como tratamiento médico?.



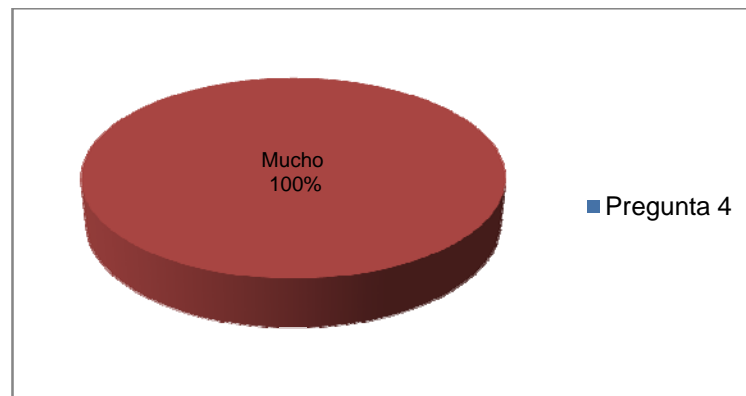
Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho (60%) y medios: Algo (40%).

Gráfica N°.7. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Conoce sobre los posibles efectos adversos de la acupuntura?.



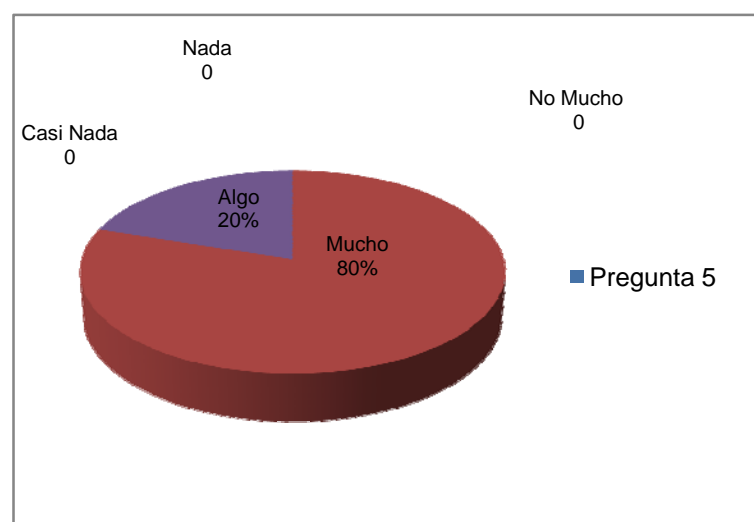
Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho y No Mucho (40%) y bajos: Casi Nada y Nada (60%).

Gráfica N°.8. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Considera que la Acupuntura y la Medicina Alopática pueden coexistir o ser empleadas como tratamientos complementarios?



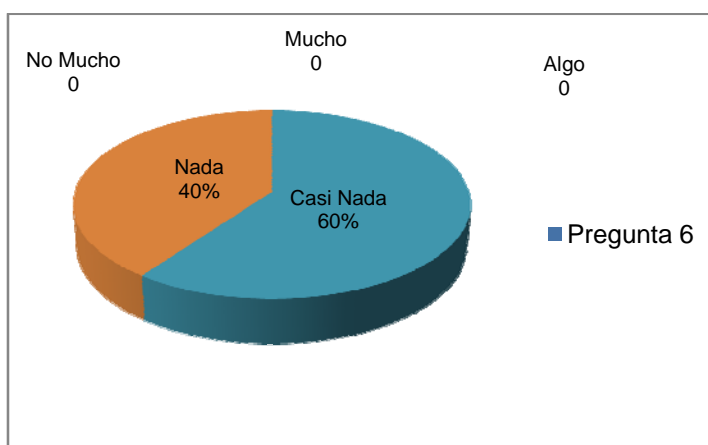
Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho(100%).

Gráfica N°.9. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿ Considera la Acupuntura como una opción terapéutica para el manejo de las patologías de sus afiliados ?.



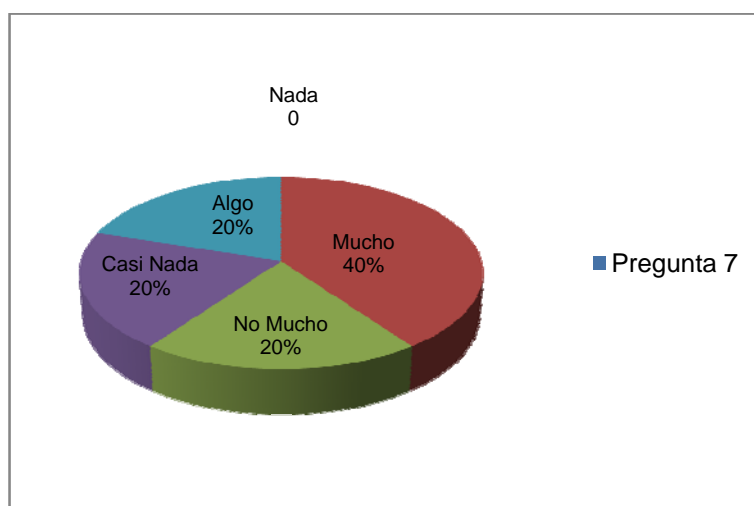
Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho(80%) y Algo (20%).

Gráfica N°.10. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Sus afiliados solicitan servicios de Acupuntura como posibilidad terapéutica ?.



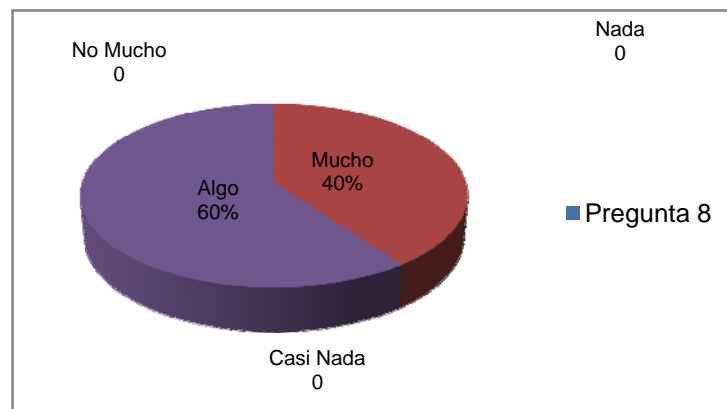
Se categorizaron como conocimientos bajos: Casi Nada y Nada (100%).

Gráfica N°.11. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Está informado sobre la normatividad que incluye la Acupuntura en el actual Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS C) ?.



Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho y No Mucho (60%), medios: Algo (20%) y bajos: Casi Nada (20%).

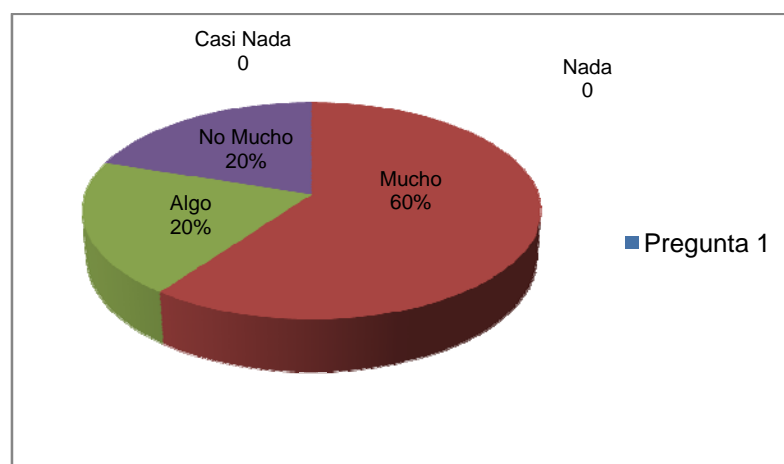
Gráfica N°.12. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Está informado sobre la aceptación de la Acupuntura por Organismos Internacionales de Salud (OMS - OPS) y la Sociedad Universitaria de Colombia ?



Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho (40%) y medios: Algo (60%).

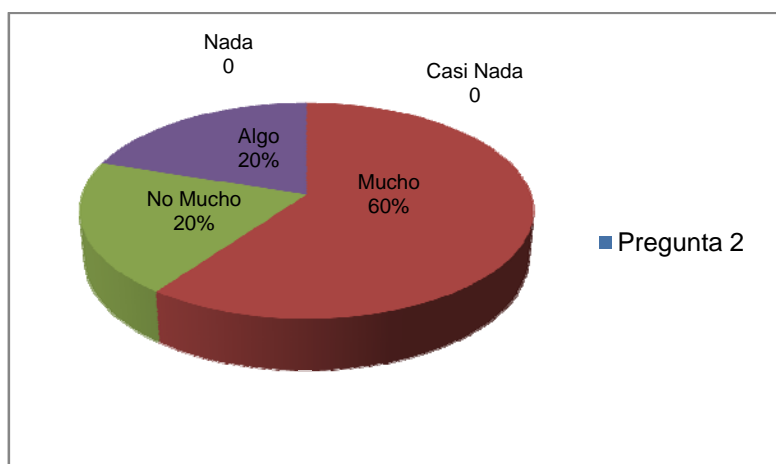
Actitudes

Gráfica N°.13. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Permitiría el uso de la acupuntura a los afiliados de la EPS?



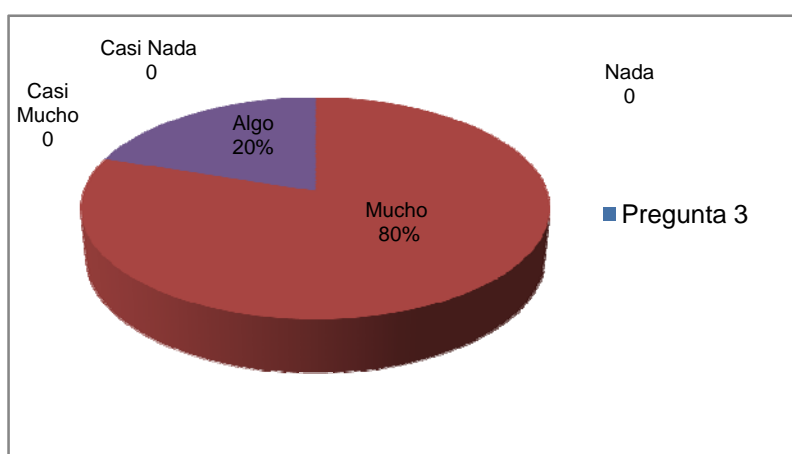
Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (80%) y neutras: Algo (20%).

Gráfica N°.14. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Aceptaría capacitación sobre Acupuntura a sus médicos?



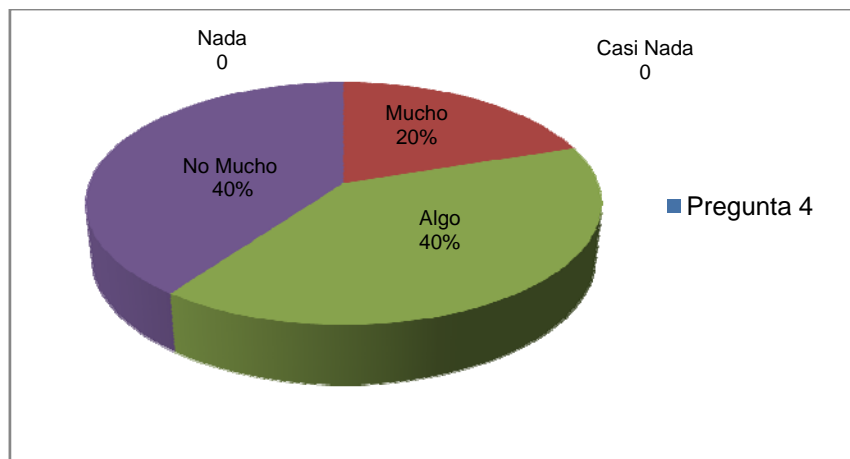
Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (80%) y neutras: Algo (20%).

Gráfica N°.15. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Considera que la acupuntura es una alternativa terapéutica para el tratamiento de los pacientes afiliados a la EPS ?.



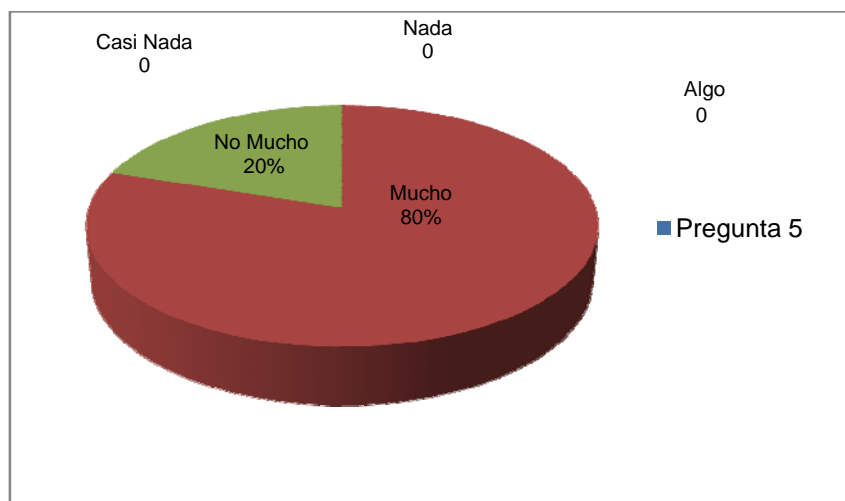
Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho (80%) y neutras: Algo (20%).

Gráfica N°.16. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Considera que el médico Acupunturista es reconocido en la EPS como un especialista ?.



Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (60%), neutras: Algo (40%).

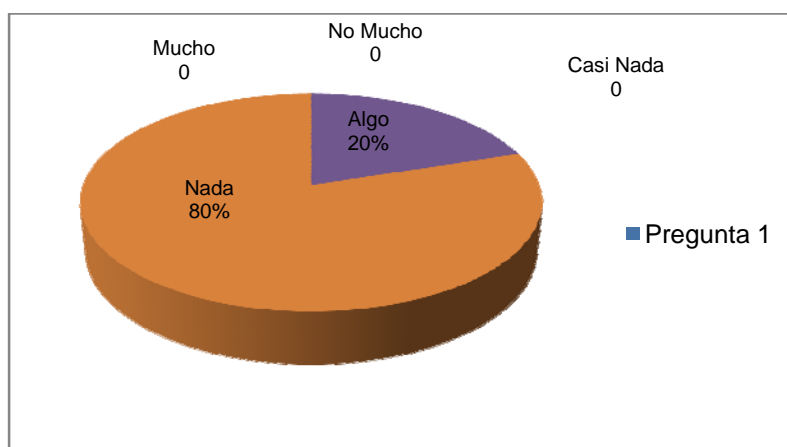
Gráfica N°.17. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Tiene Usted un concepto favorable sobre las personas que practican la acupuntura?



Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (100%)

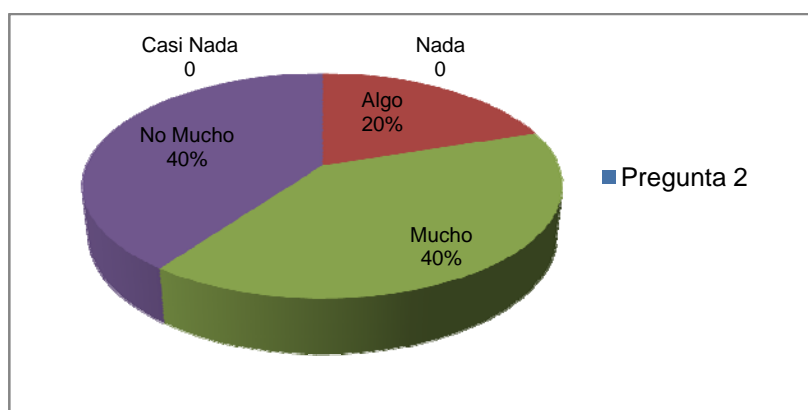
Prácticas

Gráfica N°.18. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Ha recurrido a la Acupuntura para recibir tratamiento como paciente?



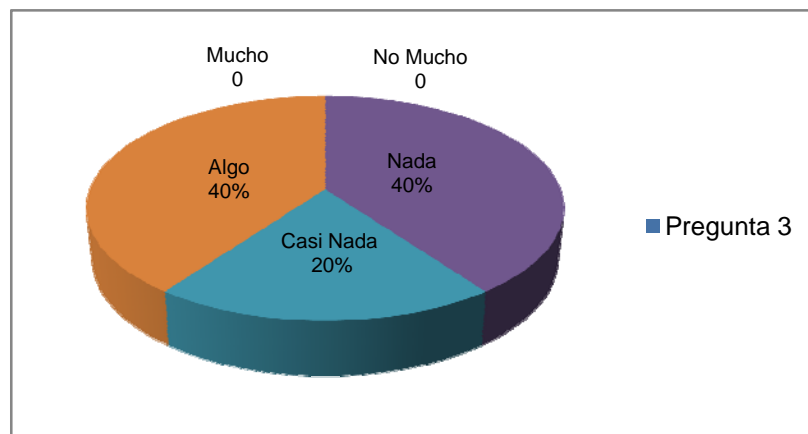
Se categorizaron como prácticas medias: Algo (20%) y bajas: Nada (80%).

Gráfica N°.19. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Recomendaría la Acupuntura como una terapéutica útil para Usted o su familia?



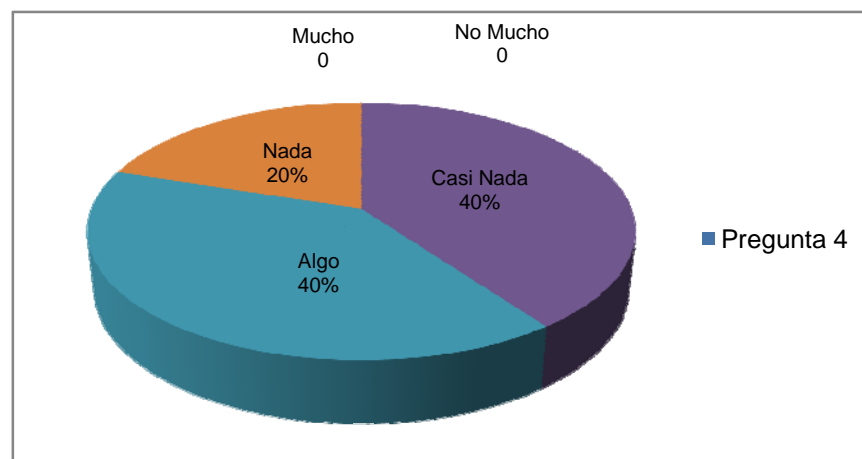
Se categorizaron como prácticas altas: Mucho y No Mucho (80%) y Medias: Algo (20%).

Gráfica N°.20. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿En qué medida incluye el Modelo de Atención de la EPS la prestación de servicios de acupuntura a los usuarios afiliados?.



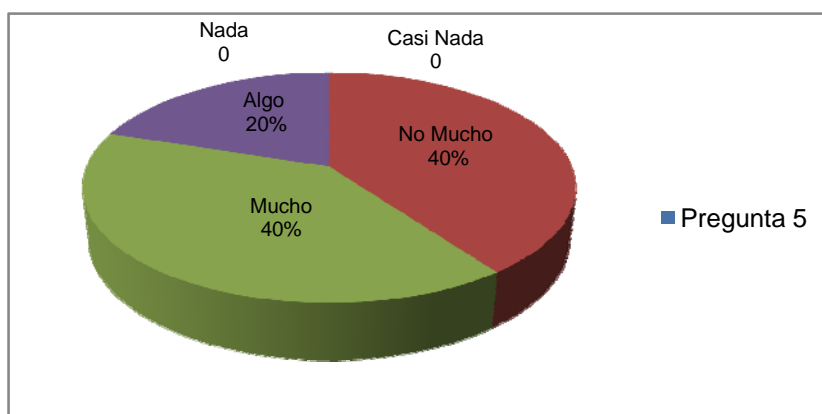
Se categorizaron como prácticas medias: Algo (40%) y bajas: Casi Nada y Nada (60%).

Gráfica N°.21. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿Los servicios de acupuntura solicitados por los usuarios son autorizados por el área de salud de la EPS ?.



Se categorizaron como prácticas medias: Algo (40%) y bajas: Casi Nada y Nada (60%).

Gráfica N°.22. Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá. 2012. ¿En qué grado contrataría los servicios de acupuntura con su red de prestadores?



Se categorizaron como prácticas altas: Mucho y No Mucho (80%) y Medias: Algo (20%).

7.3 Resultados Encuesta Definitiva

Se realizaron 11 encuestas a funcionarios del área de salud de 11 entidades promotoras de salud del régimen contributivo, con sede en Bogotá.

Nueve encuestas se realizaron de forma presencial y dos a través de correo electrónico.

Se utilizó una encuesta de 17 preguntas de selección múltiple: 7 preguntas de conocimientos, 5 de actitudes y 5 sobre las prácticas relacionadas con la Acupuntura. Se empleó la misma escala de Likert de la prueba piloto. (Ver anexo 1) y se firmó el consentimiento informado.

Con respecto al perfil profesional encontró que los once encuestados son médicos distribuidos en 6 mujeres y 5 hombres con edades comprendidas entre los 40 y los 50 años.

Las convenciones utilizadas, los datos sociodemográficos y las tablas con los resultados de la encuesta definitiva se encuentran en el Anexo E (Tablas N°. 20, 21, 22, 23 y 24), y la encuesta definitiva en el Anexo B.

Resultados Generales

Conocimientos:

Tabla N°. 25. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)

Frecuencia Absoluta (Respuesta por Personas)									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio	Mediana
Mucho	0	5	1	7	0	4	3	2,9	3
No Mucho	3	5	0	4	1	4	3	2,9	3
Algo	7	1	5	0	5	1	3	3,1	3
Casi Nada	1	0	4	0	3	2	2	1,7	2
Nada	0	0	1	0	2	0	0	0,4	0

Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 26. Frecuencia Relativas (Porcentaje de la Respuesta)

Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio	Mediana
Mucho	0%	45%	9%	64%	0%	36%	27%	26%	27%
No Mucho	27%	45%	0%	36%	9%	36%	27%	26%	27%
Algo	64%	9%	45%	0%	45%	9%	27%	29%	27%
Casi Nada	9%	0%	36%	0%	27%	18%	18%	16%	18%
Nada	0%	0%	9%	0%	18%	0%	0%	4%	0%

Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 27. Frecuencia Absoluta Consolidada

Frecuencia Absoluta Consolidada									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio	Mediana
Alto	3	10	1	11	1	8	6	5,7	6
Medio	7	1	5	0	5	1	3	3,1	3
Bajo	1	0	5	0	5	2	2	2,1	2

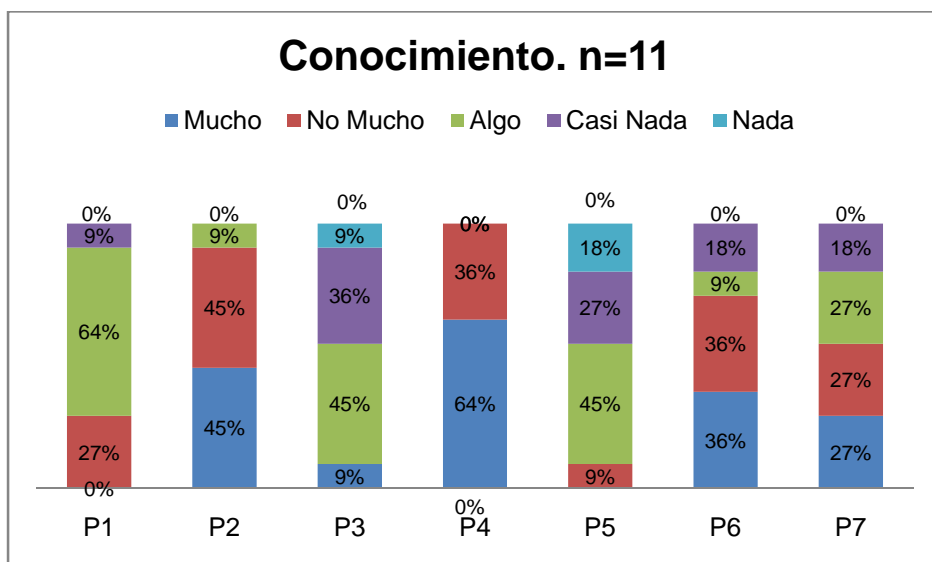
Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 28. Frecuencia Relativa Consolidada

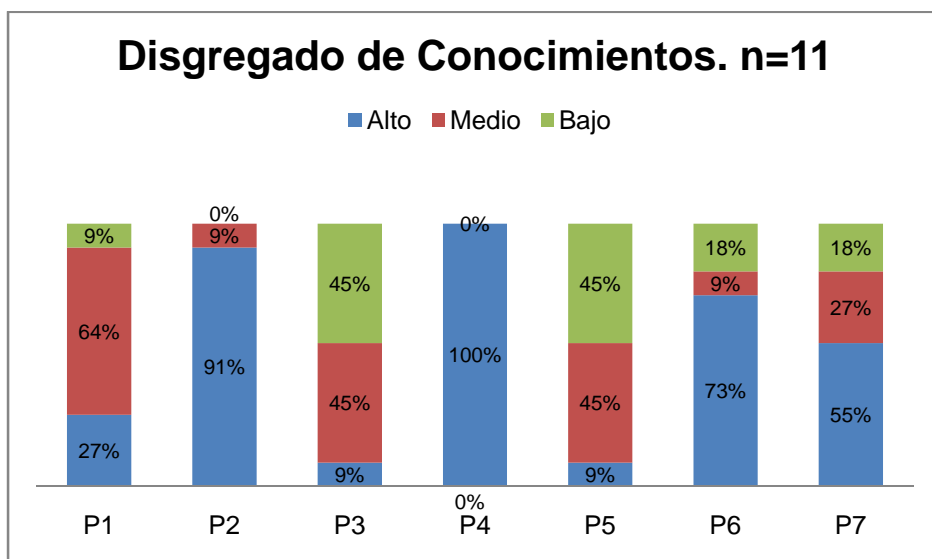
Frecuencia Relativa Consolidada									
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Promedio	Mediana
Alto	27%	91%	9%	100%	9%	73%	55%	52%	55%
Medio	64%	9%	45%	0%	45%	9%	27%	29%	27%
Bajo	9%	0%	45%	0%	45%	18%	18%	19%	18%

Fuente: Encuesta Definitiva

Gráfica N°.23. Conocimiento.



Gráfica N°. 24. Disgregado Conocimiento.



Actitudes:

Tabla N°. 29. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)

Frecuencia Absoluta (Respuesta por Personas)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Mucho	5	4	5	3	4	4,2	4
No Mucho	3	4	4	3	4	3,6	4
Algo	3	2	2	3	2	2,4	2
Casi Nada	0	0	0	1	1	0,4	0
Nada	0	1	0	1	0	0,4	0

Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 30. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)

Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Mucho	45%	36%	45%	27%	36%	38%	36%
No Mucho	27%	36%	36%	27%	36%	33%	36%
Algo	27%	18%	18%	27%	18%	22%	18%
Casi Nada	0%	0%	0%	9%	9%	4%	0%
Nada	0%	9%	0%	9%	0%	4%	0%

Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 31. Frecuencia Absoluta Consolidada

Frecuencia Absoluta Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Favorable	8	8	9	6	8	7,8	8
Neutra	3	2	2	3	2	2,4	2
Desfavorable	0	1	0	2	1	0,8	0

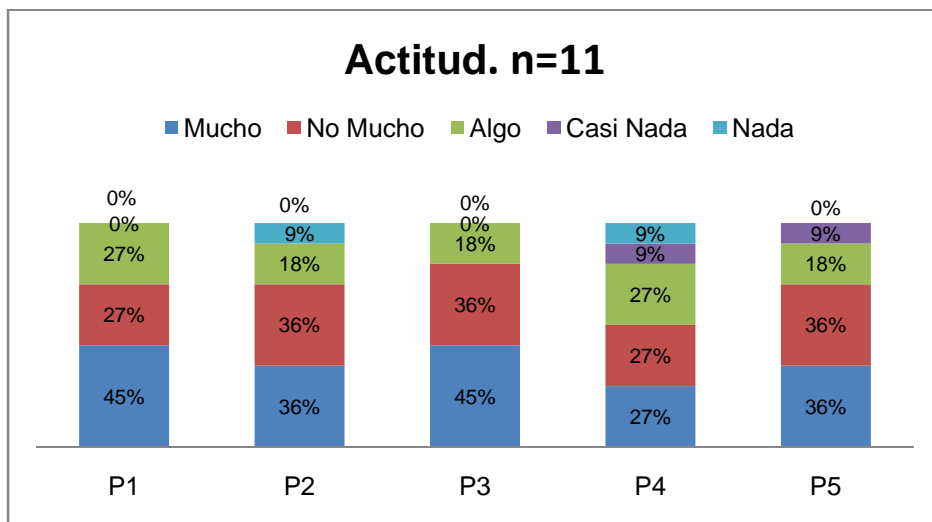
Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 32. Frecuencia Relativa Consolidada

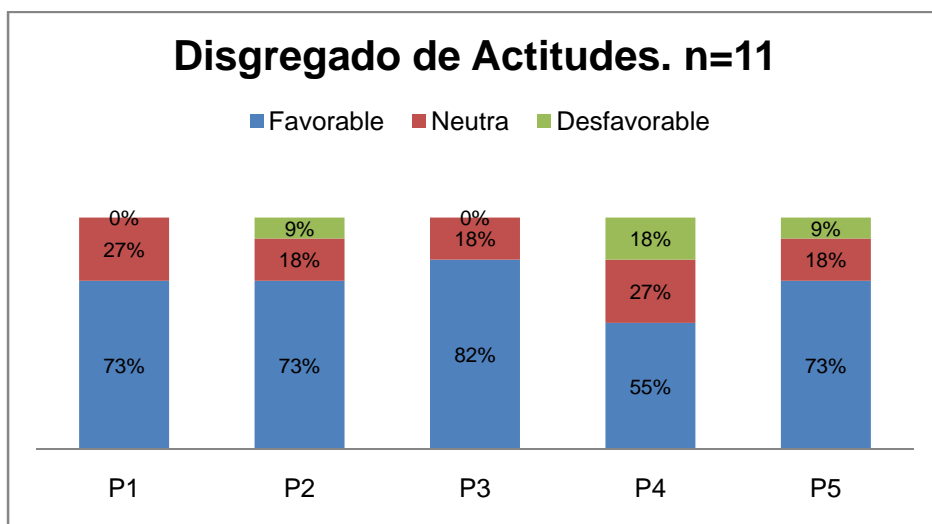
Frecuencia Relativa Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Favorable	73%	73%	82%	55%	73%	71%	73%
Neutra	27%	18%	18%	27%	18%	22%	18%
Desfavorable	0%	9%	0%	18%	9%	7%	0%

Fuente: Encuesta Definitiva

Gráfica N°.25. Actitud.



Gráfica N°.26. Disgregado de Actitudes.



Prácticas:

Tabla N°. 33. Frecuencia Absoluta (Respuestas por persona)

Frecuencia Absoluta (Respuesta por Personas)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Mucho	2	4	0	0	2	1,6	2
No Mucho	0	3	0	0	4	1,4	0
Algo	3	3	2	4	5	3,4	3
Casi Nada	0	1	5	4	0	2	1
Nada	6	0	4	3	0	2,6	3

Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 34. Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)

Frecuencia Relativa (Porcentaje de la Respuesta)							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Mucho	18%	36%	0%	0%	18%	15%	18%
No Mucho	0%	27%	0%	0%	36%	13%	0%
Algo	27%	27%	18%	36%	45%	31%	27%
Casi Nada	0%	9%	45%	36%	0%	18%	9%
Nada	55%	0%	36%	27%	0%	24%	27%

Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 35. Frecuencia Absoluta Consolidada

Frecuencia Absoluta Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Adecuada	2	7	0	0	6	3	2
Neutra	3	3	2	4	5	3,4	3
Inadecuada	6	1	9	7	0	4,6	4

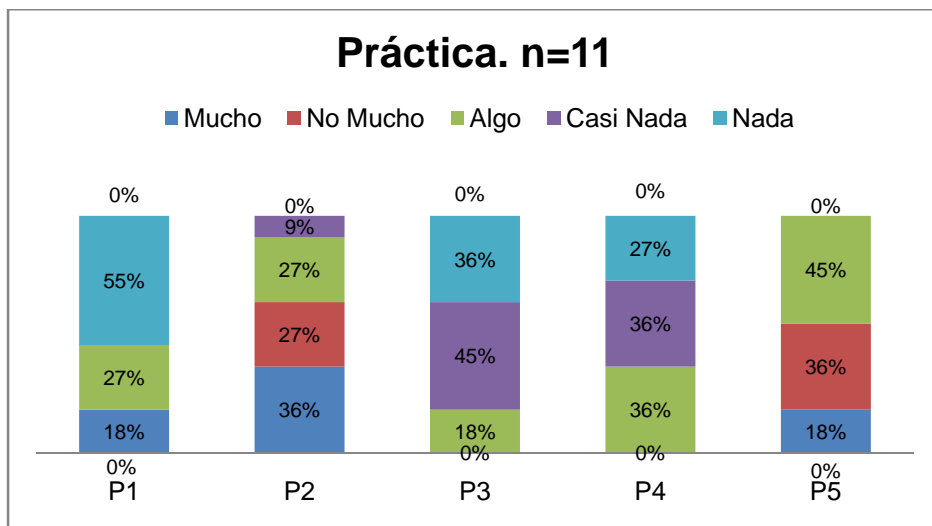
Fuente: Encuesta Definitiva

Tabla N°. 36. Frecuencia Relativa Consolidada

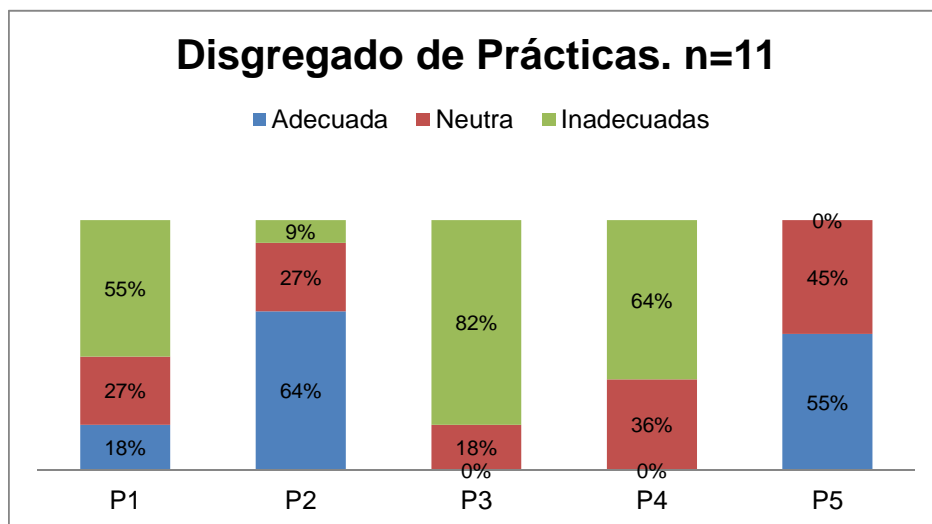
Frecuencia Relativa Consolidada							
	P1	P2	P3	P4	P5	Promedio	Mediana
Adecuada	18%	64%	0%	0%	55%	27%	18%
Neutra	27%	27%	18%	36%	45%	31%	27%
Inadecuadas	55%	9%	82%	64%	0%	42%	36%

Fuente: Encuesta Definitiva

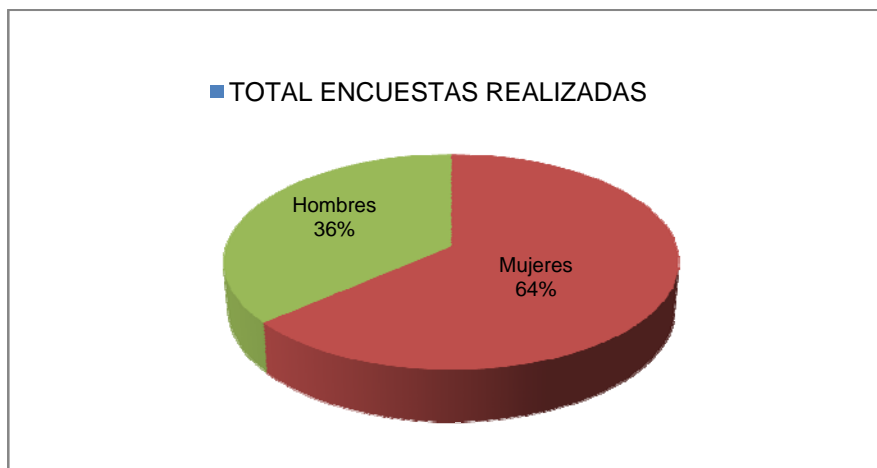
Gráfica N°.27. Práctica.



Gráfica N°.28. Disgregado de Prácticas.



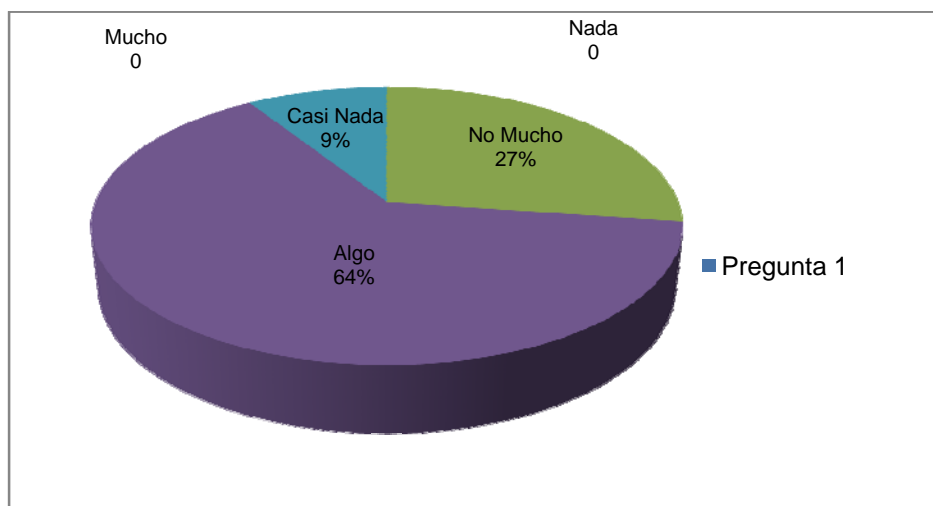
Gráfica N°. 29. Total encuestas realizadas Bogotá. 2012.



Las encuestasse aplicaron a funcionarios del área de salud de 11 EPS con edades entre 36 a 55 años de edad. 7 fueron mujeres y 4 hombres.

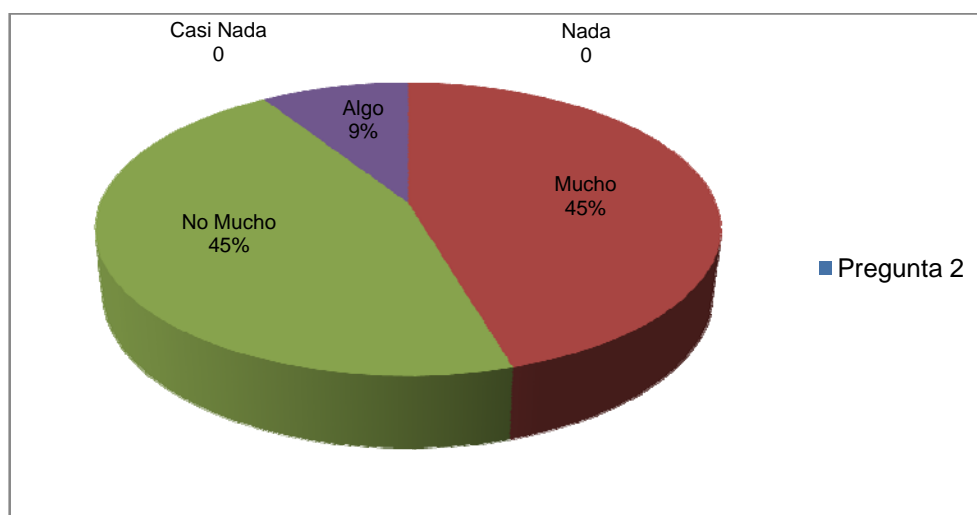
Conocimientos

Gráfica N°.30.¿Qué tanto conoce acerca de la acupuntura?.Bogotá. 2012.



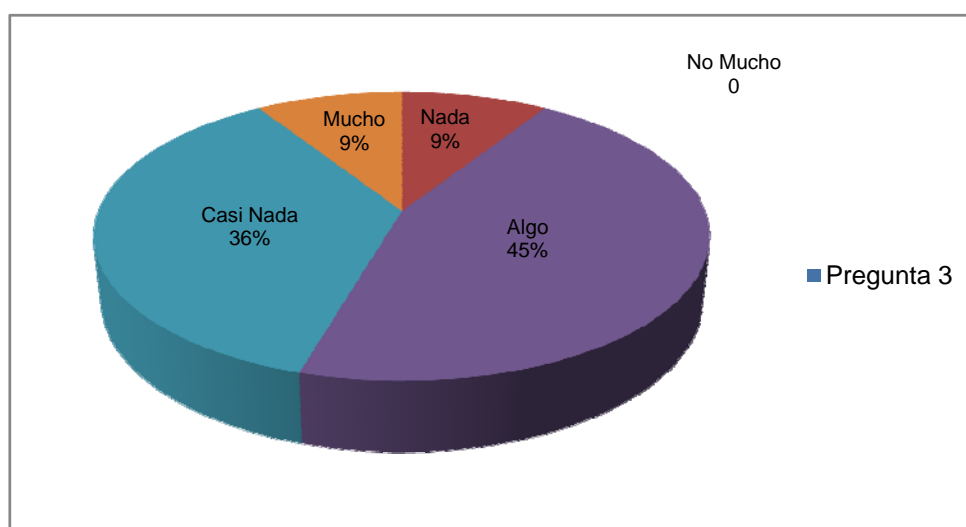
Se categorizaron como conocimientos altos:No Mucho (27%), medios:Algo (64%) y bajos:Casi Nada (9%).

Gráfica N°.31. ¿La Acupuntura es segura como tratamiento médico?. Bogotá. 2012.



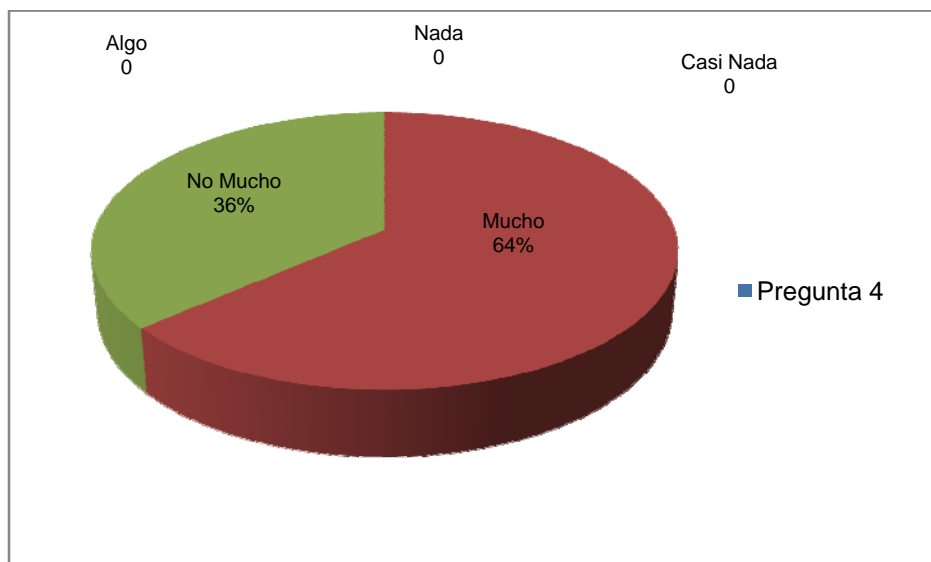
Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho y No Mucho (90%) y medios: Algo (9%).

Gráfica N°.32. ¿Conoce sobre los posibles efectos adversos de la acupuntura?. Bogotá. 2012.



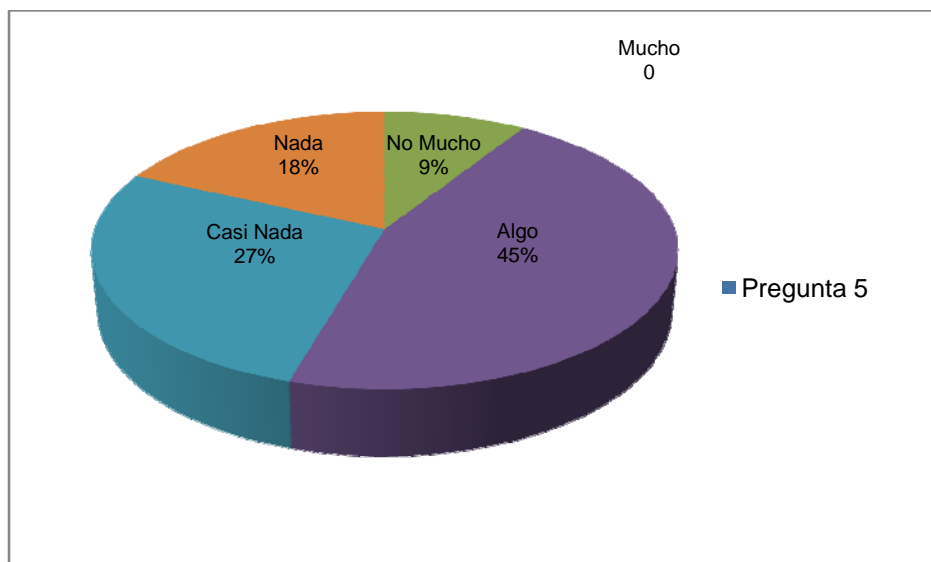
Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho(9%), medios: Algo (45%) y bajos: Casi Nada y Nada (45%).

Gráfica N°.33.¿Considera que la Acupuntura y la Medicina Alopática pueden coexistir o ser empleadas como tratamientos complementarios?.Bogotá. 2012.



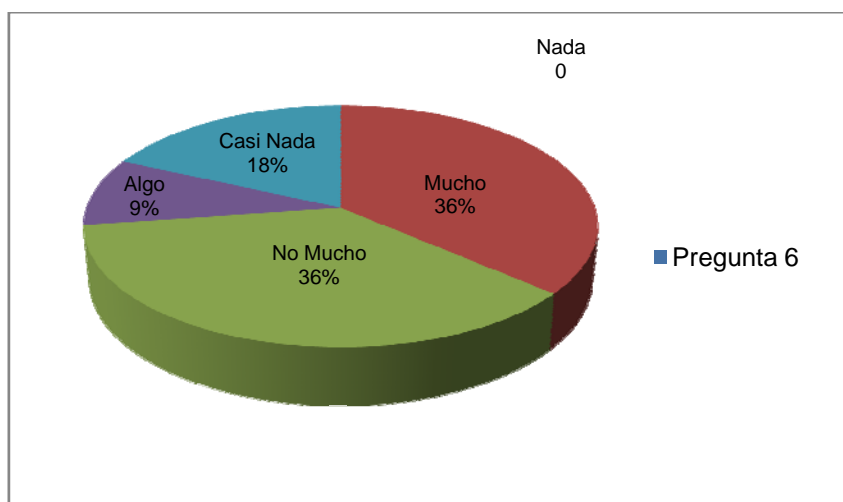
Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho y No Mucho (100%).

Gráfica N°.34. ¿Sus afiliados solicitan servicios de Acupuntura como posibilidad terapéutica ?.Bogotá. 2012.



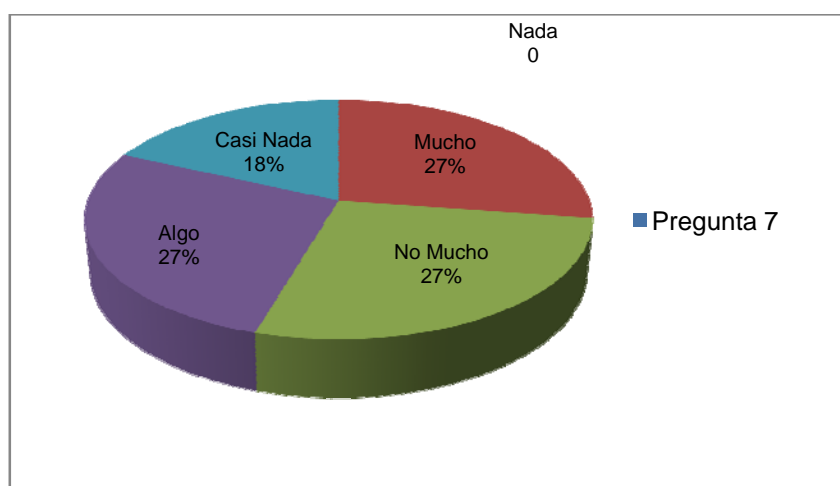
Se categorizaron como conocimientos altos: No Mucho (9%), medios: Algo (45%) y bajos: Casi Nada y Nada (45%).

Gráfica N°.35. ¿Está informado sobre la normatividad que incluye la Acupuntura en el actual Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS C)?..Bogotá. 2012.



Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho y No Mucho (72%), medios: Algo (9%) y bajos: Casi Nada (18%).

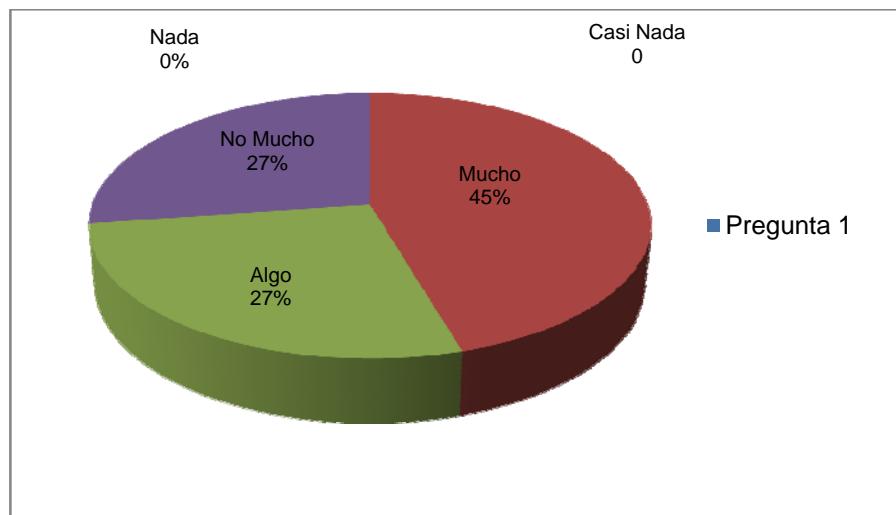
Gráfica N°.36. ¿Está informado sobre la aceptación de la Acupuntura por Organismos Internacionales de Salud (OMS - OPS) y la Sociedad Universitaria de Colombia ?.Bogotá. 2012.



Se categorizaron como conocimientos altos: Mucho y No Mucho (54%), medios: Algo (27%) y bajos: Casi Nada (18%).

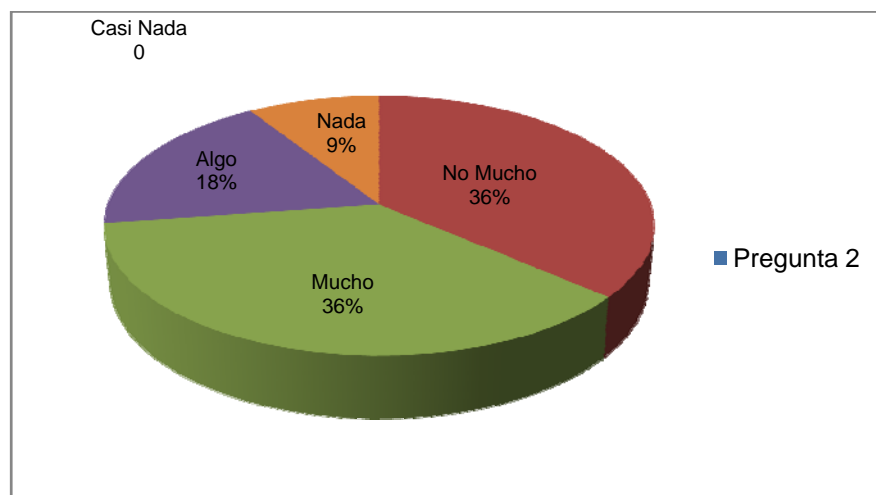
Actitudes

Gráfica N°.37.¿Permitiría el uso de la acupuntura a los afiliados de la EPS?.Bogotá. 2012.



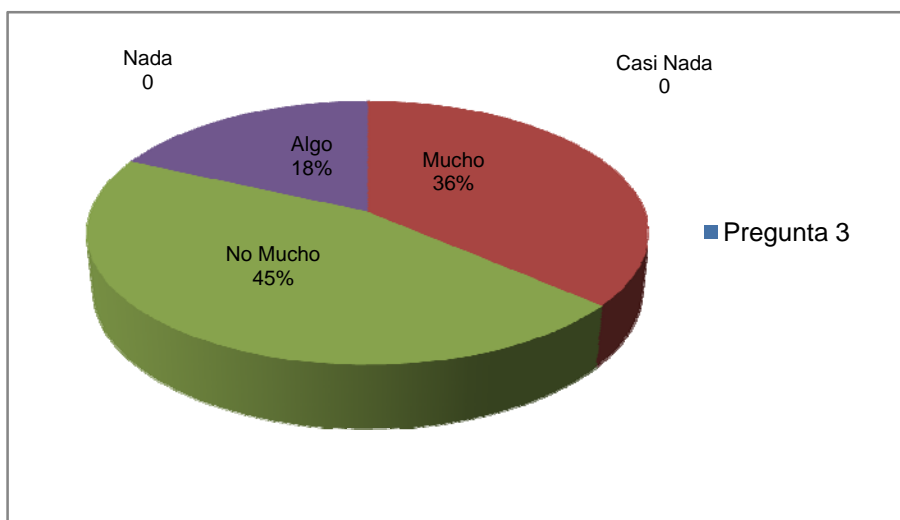
Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (72%) y neutras: Algo (27%).

Gráfica N°.38. ¿Aceptaría capacitación sobre Acupuntura a sus médicos?.Bogotá. 2012.



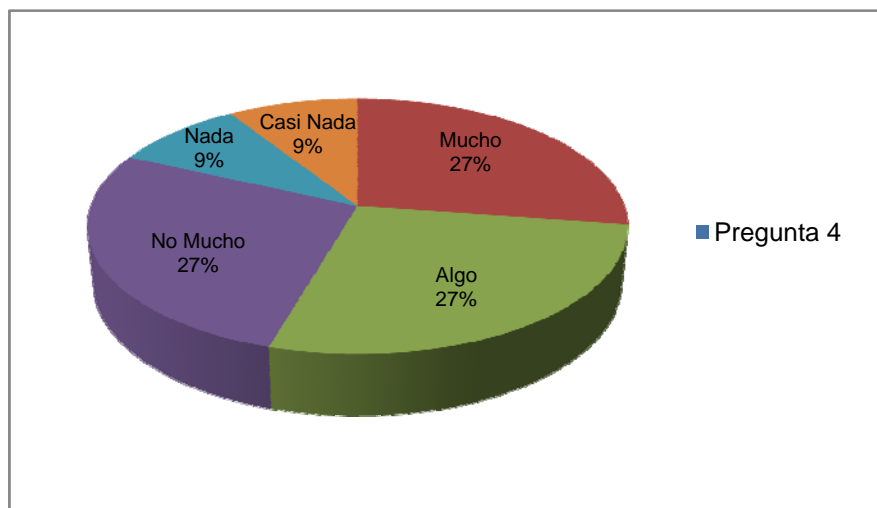
Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (72%), neutras: Algo (18%) y no favorables: Nada (9%).

Gráfica N°.39. ¿Considera que la acupuntura es una alternativa terapéutica para el tratamiento de los pacientes afiliados a la EPS ?.Bogotá. 2012.



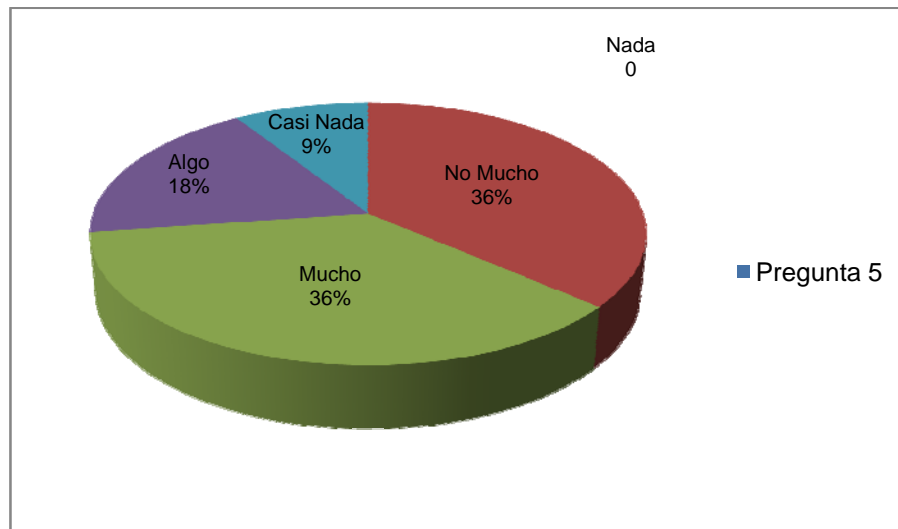
Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho (81%) y neutras: Algo (18%).

Gráfica N°.40. ¿Considera que el médico Acupunturista es reconocido en la EPS como un especialista ?.Bogotá. 2012.



Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (54%), neutras: Algo (27%) y no favorables: Casi Nada y Nada (18%).

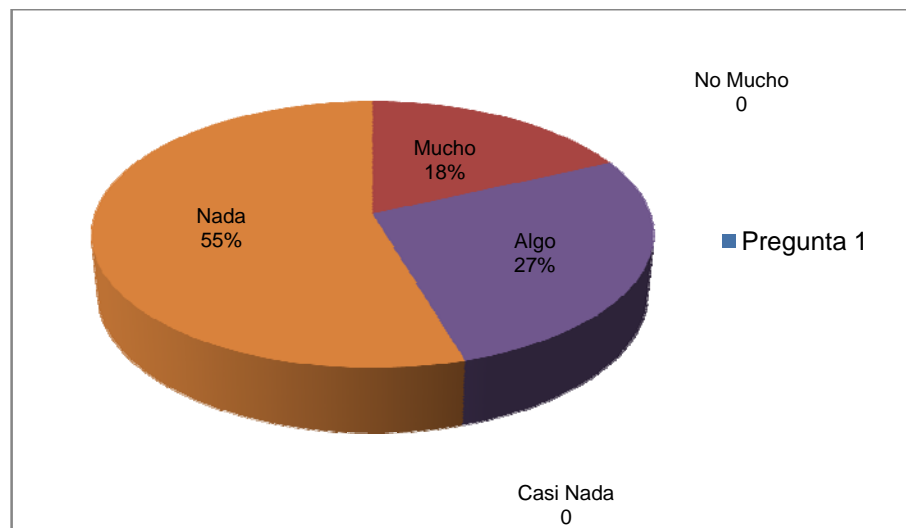
Gráfica N°.41. ¿Tiene Usted un concepto favorable sobre las personas que practican la acupuntura?.Bogotá. 2012.



Se categorizaron como actitudes favorables: Mucho y No Mucho (72%), neutras: Algo (18%) y no favorables: Casi Nada (9%).

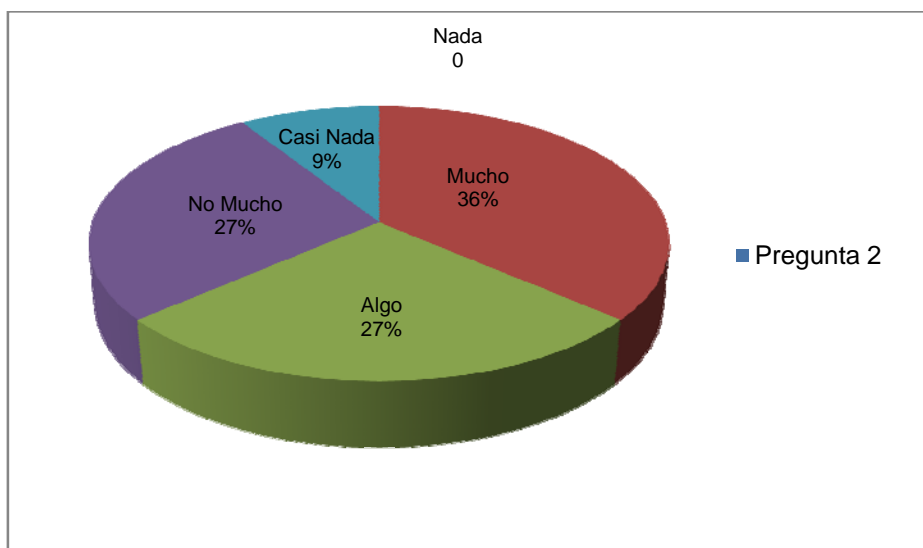
Prácticas

Gráfica N°.42.¿Ha recurrido a la Acupuntura para recibir tratamiento como paciente?.Bogotá. 2012.



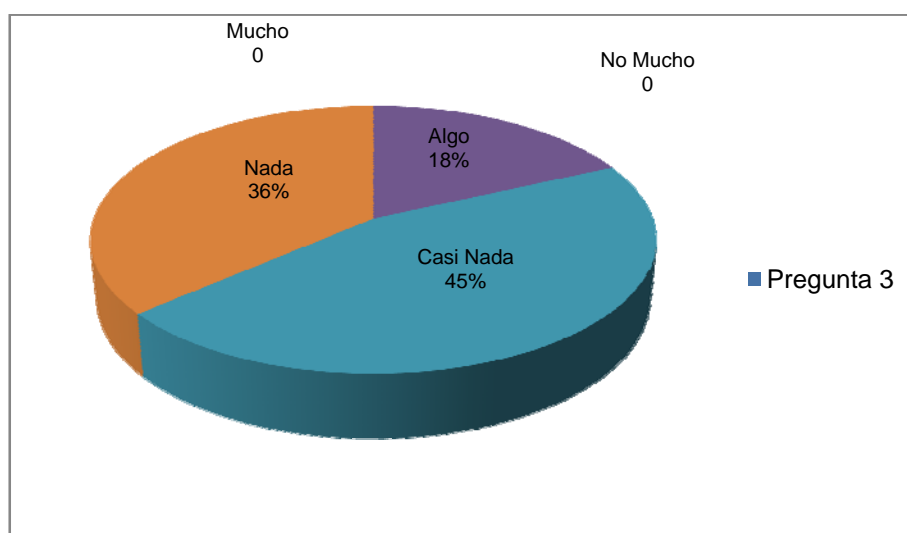
Se categorizaron como prácticas altas Mucho (18%), medias: Algo (27%) y bajas: Nada (55%).

Gráfica N°.43.¿Recomendaría la Acupuntura como una terapéutica útil para Usted o su familia?.Bogotá. 2012.



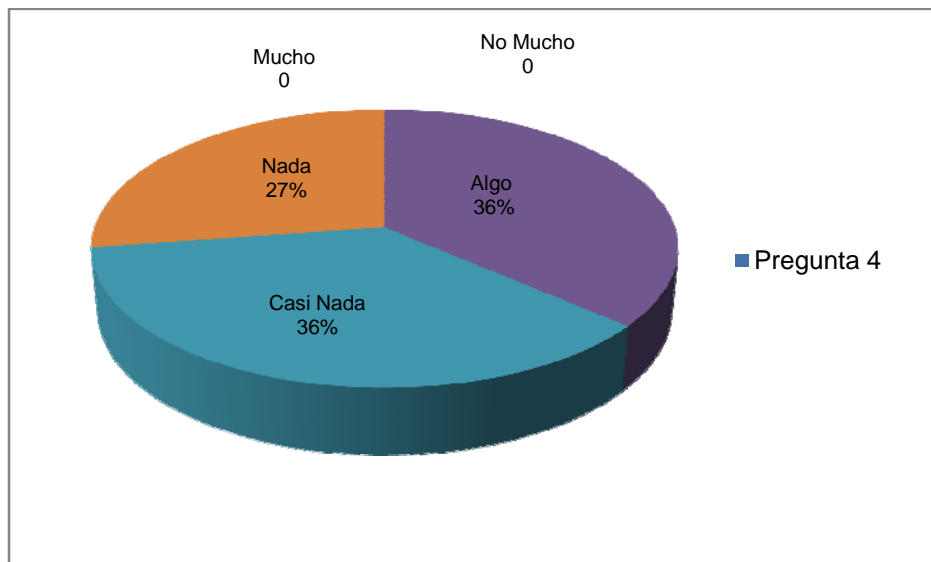
Se categorizaron como prácticas altas: Mucho y No Mucho (63%), medias: Algo (27%) y bajas Casi Nada (9%).

Gráfica N°.44.¿En qué medida incluye el Modelo de Atención de la EPS la prestación de servicios de acupuntura a los usuarios afiliados?.Bogotá. 2012.



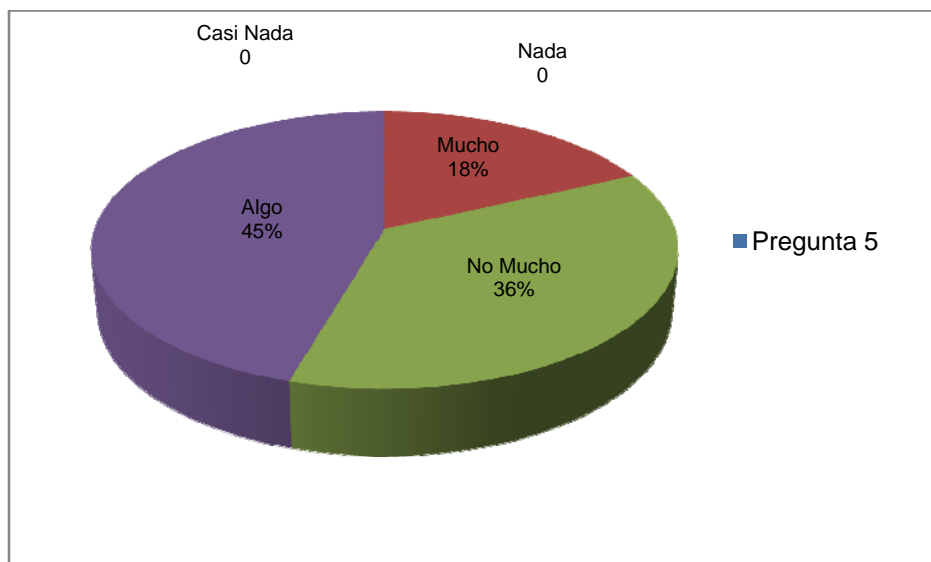
Se categorizaron como prácticas medias: Algo (18%) y bajas: Casi Nada y Nada (81%).

Gráfica N°.45.¿Los servicios de acupuntura solicitados por los usuarios son autorizados por el área de salud de la EPS ?.Bogotá. 2012.



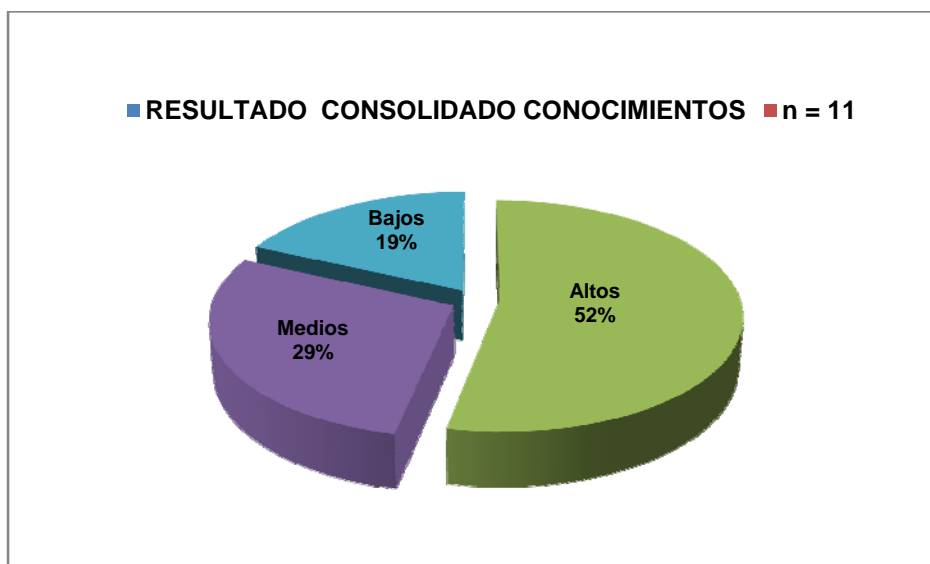
Se categorizaron como prácticas medias: Algo (36%) y bajas: Casi Nada y Nada (63%).

Gráfica N°.46.¿En qué grado contrataría los servicios de acupuntura con su red de prestadores?.Bogotá. 2012.



Se categorizaron como prácticas altas: Mucho y No Mucho (54%) y medias: Algo (45%).

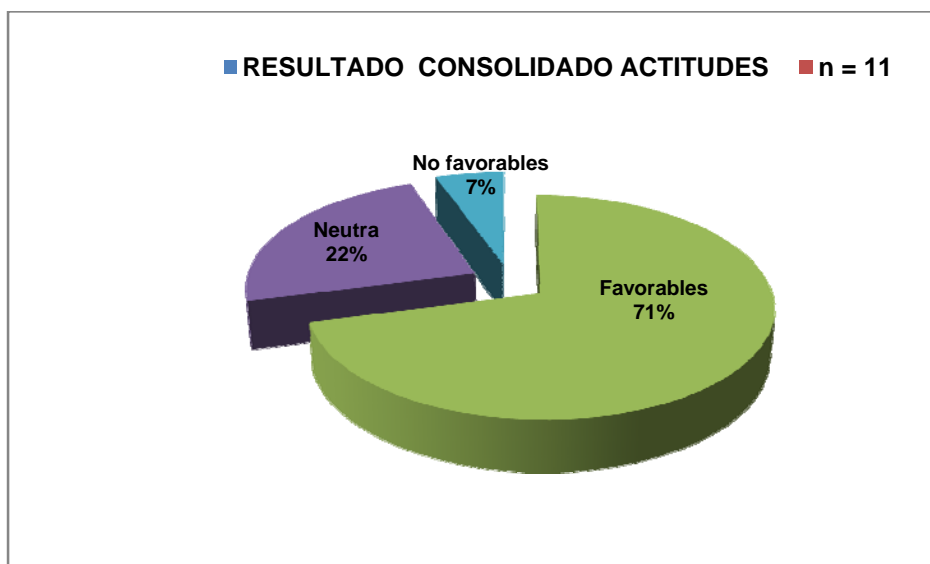
Gráfica N°. 47. Resultado consolidado conocimientos. Bogotá 2012.



Fuente: Encuestas finales CAP

Se realizó la consolidación de las respuestas sobre conocimientos, se consideraron altos: Mucho y No Mucho, medios: Algo y bajos: Casi nada y Nada.

Gráfica N°.48. Resultado consolidado actitudes. Bogotá 2012.



Fuente: Encuestas finales CAP

Se realizó la consolidación de las respuestas sobre actitudes, se consideraron favorables: Mucho y No Mucho, neutras: Algo y no favorables: Casi nada y Nada.

Gráfica N°.49.Resultado consolidado prácticas. Bogotá 2012.



Fuente: Encuestas finales CAP

Se realizó la consolidación de las respuestas sobre prácticas, se consideraron adecuadas: Mucho y No Mucho, neutras: Algo, e inadecuadas: Casi nada y Nada.

7.4 Análisis de los Resultados

1.1. Análisis de los Resultados

Conocimientos:

Aun cuando el propósito de la encuesta no era evaluar aspectos técnicos o conocimientos profundos sobre la Acupuntura, cerca de la mitad de los encuestados (52% de las respuestas) se encuentra en el rango alto, es decir, que los encuestados manifestaron tener conocimientos sobre la Acupuntura. El conocimiento que manifiestan alrededor del 64% es de una apreciación moderada del tema, ya que conocían sobre su origen en la China, la utilización de agujas sobre la superficie corporal, el manejo de canales de energía y su aplicación principalmente en patologías asociadas al dolor (Lumbalgia, hombro doloroso, cervicodorsalgia, etc.), rinitis y ansiedad.

Uno de los encuestados (9% de las respuestas) manifestó haber ejercido en el pasado como médico alternativo a través de la terapia neural y la homeopatía, por lo que su valoración de la Acupuntura fue alta.

De manera indirecta, tres casos (28% de las respuestas) manifestaron poseer experiencias positivas con el uso de la misma, ya que algunos de sus familiares habían utilizado este tipo de terapia, fomentando así la aceptación general de la acupuntura como una opción terapéutica válida.

En cuanto a la seguridad de la acupuntura como tratamiento médico, el 91% de los casos consideran la acupuntura como segura, sin embargo, al interrogar sobre los posibles efectos adversos, las respuestas no respaldaron tal aseveración ya que el 45% (5 casos) señaló un bajo conocimiento al respecto, mientras que el 9% (1 caso) expresaron un alto conocimiento y el 45% (5 casos) restante un conocimiento moderado.

Al cuestionar en forma verbal, algunos encuestados indicaron complicaciones menores como la equimosis y la celulitis local y uno de ellos (9.1%) refirió la presencia de un caso de artritis séptica de cadera en un paciente que recibió acupuntura bajo la cobertura de la EPS.

Todos desconocían la posibilidad de complicaciones como el neumotórax, la hemorragia subaracnoidea, el taponamiento cardiaco, la artritis séptica, etc., poco frecuentes, pero reportadas en la literatura médica. Estas dos preguntas permiten establecer que, aunque se obtuvo una respuesta alta sobre el conocimiento de la acupuntura, esta obedece a generalidades de la misma.

Con respecto a las preguntas relacionadas con la normatividad que rige sobre la inclusión de la acupuntura en el plan de beneficios del régimen contributivo (POS C), se encontró que el 72.7% (8 casos) contestó estar informados sobre la legislación que regula la materia, pero, al interrogar en forma específica sobre el nombre y contenido de la norma, se presentó confusión sobre su cobertura y los términos de la misma. Esto, puede deberse a la gran proliferación de leyes, decretos, acuerdos, circulares, sentencias, etc., que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo que ocasiona un volumen importante de referencia o respaldo normativo a consultar, en contraste con la escasa solicitud de este tipo de servicio.

El 100% (11 casos) de los encuestados señaló que de estar incluida en el POS C, se daría cobertura en cumplimiento a lo señalado por la normatividad; de no estar en el POS se aprobaría a través de los comités técnico científicos para procedimientos no POS (CTC), si está se encuentra debidamente justificada por el médico tratante.

Es importante señalar que al preguntar sobre el mecanismo de acceso establecido por la EPS para este servicio, se encontró que el paciente debe consultar inicialmente a medicina general o especializada de formación alopática para su remisión según el criterio o indicaciones dadas por estos profesionales, es decir, que no existe la opción de consultar en forma directa este servicio y se

queda supeditado a los conocimientos, percepciones o conceptos que tengan los médicos tratantes alopáticos del primer nivel de complejidad.

A la pregunta sobre si la acupuntura y la medicina alopática pueden coexistir como tratamientos complementarios, se encontró que el 100% (11 casos) señaló una apreciación muy alta frente al manejo combinado de las dos terapias, situación que se deriva, entre otros aspectos, de la seguridad de la misma, de las indicaciones para el manejo de dolor en general (síntoma de alta consulta, difícil manejo y altos costos de intervención) y de las experiencias positivas obtenidas por los familiares.

Actitudes:

La actitud de los encuestados hacia la acupuntura se ubica en el rango alto (71% de las respuestas) con un concepto favorable hacia ella. Sólo el 5.4% de las respuestas se orientó hacia un concepto no favorable. Este comportamiento puede ser justificado, entre otros aspectos, a lo ya referido anteriormente en la variable sobre conocimientos, a la experiencia de algunos encuestados con la acupuntura a través de la ejecución de trabajos en empresas de medicina prepagada, donde se cubre como un plus al cliente con resultados clínicos satisfactorios y a la formación académica actualmente obtenida por los profesionales en universidades de reconocido prestigio, con programas aprobados por el Ministerio de Educación en terapias alternativas.

En cuanto al reconocimiento del médico acupunturista, el 54,5% considera que el médico acupunturista es reconocido como un especialista, mientras que el 18% indicó que no es reconocido como tal. Esto permite dilucidar que la formación que actualmente está brindando el sector académico a los profesionales respalda su ejercicio y fomenta el respeto a la práctica de la acupuntura por otras disciplinas médicas. Este resultado se sustenta con mayor firmeza en las apreciaciones obtenidas en la pregunta sobre el concepto que se tiene de las personas que practican la acupuntura, ya que el 82% (9 casos) tienen una actitud favorable hacia los acupunturistas. Sin embargo, los encuestados aclararon que estos deben tener la formación y competencias específicas a través del ámbito universitario.

El 72.7% (8 casos) permitiría el uso de la acupuntura a los afiliados, mientras que el 27% (3 casos), manifestó que solo para algunas patologías.

Algunos encuestados informaron su preocupación sobre los costos de atención de la acupuntura, ya que los consideran altos frente a las tarifas ISS o SOAT que regulan el pago en el sector salud entre EPS y prestadores. Tal situación afectaría en forma negativa el control del costo médico de la EPS y el acceso a estos servicios. Adicionalmente, existe el riesgo de la utilización de mecanismos como los derechos de petición o tutelas por parte de los usuarios para recibir servicios como productos homeopáticos o fitoterapéuticos (de difícil recobro al

FOSYGA), que en ocasiones se asocian al tratamiento acupuntural, incrementando los trámites administrativos y los costos.

El 72.7% (8 casos) permitiría la capacitación en acupuntura a sus médicos sobre temas muy generales, por ejemplo, los posibles eventos adversos, el tipo de patologías a remitir con evidencia de resultados satisfactorios en el manejo, la presentación de estudios científicos sobre la eficacia de la acupuntura, etc.

Prácticas:

Con respecto a las prácticas, el 42% de las respuestas se encuentra en el rango bajo (Inadecuada), el 31% medio (Neutra) y el 27% alto (Adecuada).

El 63.6% (7 casos) reportó no haber recibido tratamiento con acupuntura como paciente, el 27.2% (3 casos) eventualmente empleó esta terapéutica y el 9.1% (1 caso) la utiliza frecuentemente como alternativa médica para sí mismo. Durante la aplicación de la encuesta, se observó que su empleo no se contempló, entre otros aspectos, debido a la ausencia de estudios con rigor científico que respalden resultados exitosos en ciertas patologías, desconocimiento de su utilidad o eficacia en enfermedades de difícil manejo con la medicina alopática, existencia de profesionales que no certifican su idoneidad a través de formación académica universitaria o, sencillamente, no se “tenía en la mente” como una opción. Sin embargo, el 63.6% (7 casos) recomendaría actualmente la acupuntura como una terapéutica útil de tratamiento, conducta derivada del incremento de casos exitosos manejados con acupuntura y a la seguridad que presenta si es manejada por profesionales capacitados y avalados por el Ministerio de Educación a través de un título universitario.

El 81.8% (9 casos) indicó que el modelo de atención de la EPS no incluye la acupuntura y el 18% (2 casos) señaló que realiza alguna referencia o cobertura de la misma.

El modelo de atención actual de las EPS responde a parámetros de atención alopática, entre otros aspectos, a que no se cuenta con formación sobre medicinas alternativas en pregrado, los funcionarios a cargo del diseño de sus contenidos no la tienen en cuenta, a la mínima experiencia frente a la eficacia de la acupuntura, a la escasa existencia de estudios basados en evidencia científica que respalden su uso y a la poca o nula solicitud de estos servicios por parte de los afiliados.

Sobre esta última aseveración, es importante señalar que en la pregunta sobre si los afiliados solicitaban servicios de acupuntura, se observó que el 45.4% (5 casos) informó que algo, el 45.4% nunca o casi nunca y 9.1% no mucho, resultados que deben ser analizados en un estudio posterior con mayor profundidad, debido a que lo esperado sería un porcentaje más alto en las

opciones de baja solicitud, debido al desconocimiento que presentan los afiliados sobre la acupuntura y al modelo alopático predominante en el sector salud colombiano.

Limitaciones del estudio

- De la muestra inicial de 11 encuestados, una EPS no aceptó realizar la encuesta, debido a que sus procesos internos exigían el aval del área jurídica, respuesta que tardaría varios meses. Por lo tanto, se seleccionó a la EPS, siguiente de la lista del universo establecido.
- Existió limitación de tiempo para responder la encuesta por parte de algunos encuestados, debido al volumen de tareas propias del cargo que deben desempeñar.
- Se presentaron entre los encuestados diferencias o discrepancias importantes en algunas de las preguntas, las cuales deben ser analizadas en estudios posteriores. Sin embargo, pueden obedecer a que las respuestas reflejan percepciones, creencias actitudes, experiencias, conocimientos, vivencias o prácticas personales, que no muestran el espíritu colectivo de la totalidad de los funcionarios directivos de la EPS.
- Este estudio no establece ni pretende formular la política oficial de las EPS frente a temas relacionados con la acupuntura. Lo que se buscó fue realizar un acercamiento a los conocimientos, actitudes y prácticas de algunos funcionarios del área de la salud de las EPS C, frente a la acupuntura.

Aportes del estudio

Se realizó una aproximación a los conocimientos, actitudes y prácticas de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), en lo relativo a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual, encontrando que un buen porcentaje de encuestados tienen una actitud favorable hacia la acupuntura, situación que facilitaría, a través de un acompañamiento multisectorial (Prestadores, Usuarios y Universidades), el acceso a estos servicios bajo unas condiciones de idoneidad, calidad en la prestación y cumplimiento normativo.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones

Se observó una actitud favorable hacia la acupuntura por parte de los encuestados en un contexto de salud que no motiva su utilización, entre otros aspectos, ocasionado por el desconocimiento sobre su mecanismo de acción, seguridad, eficacia, presencia de eventos adversos, ausencia de estudios científicos que respalden su uso, etc.

Se presentó confusión frente a la inclusión de la Acupuntura en el POS C. Es importante resaltar que la Resolución 5261 de 1994 señaló en el artículo 5 que “las entidades promotoras de salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente” (Subraya fuera del texto original). En el mismo sentido se encuentra el artículo 7º del Decreto 806 de 1998 en el que indica que “Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada” (Subraya fuera del texto original). (Sentencia, T 993 de 2008). Algunos actores del sistema interpretaron que el Estado brindó la posibilidad a las EPS de cubrir tratamientos alternativos, sin establecer claramente su obligatoriedad, es decir, que generó una facultad potestativa que depende de las políticas o criterios propios de las EPS, sin embargo la Corte Constitucional a través de sentencias como la T 654 de 2010 ha aclarado el papel de las EPS y del CTC. Como conclusión de la revisión normativa realizada, se observa que el Estado colombiano otorgó a las EPS la posibilidad de ampliar su portafolio de servicios a través de la inclusión de tratamientos de medicina alternativa, aunque tal hecho no implica un mandato obligatorio en torno a su prestación. (Sentencia T 993 de 2008).

Otro hallazgo encontrado fue la baja práctica de la acupuntura entre los encuestados debido entre otros aspectos, a su poca experiencia y conocimiento sobre el tema, pero se evidenció una fuerte tendencia a dar cumplimiento a la normatividad que regula su cobertura, y a brindar una opción terapéutica diferente a sus afiliados con determinadas patologías, en donde la acupuntura ha demostrado su utilidad y se soporta en literatura con rigor científico.

8.2 Recomendaciones

Fomentar el fortalecimiento de las sociedades científicas de terapias alternativas para que desarrollen unos papeles protagónico en el sistema, en ámbitos como la prestación de servicios y la formación médica en pregrado, donde se deben orientar a los médicos sobre otras opciones terapéuticas válidos y útiles que podrán profundizar al egresar.

Buscar mesas de dialogo con el Estado para dar claridad al contenido y alcance de la normatividad vigente orientada a la cobertura de las terapias alternativas en el POS C., realizar énfasis en el principio de integralidad que contempla la Ley 100 de 1993, que obliga a las EPS a prestar los procedimientos y tratamientos, necesarios para mejorar el estado de salud de los usuarios.

Propender a través de las sociedades científicas de terapias alternativas la publicación de investigaciones científicas que respaldan la utilidad de la acupuntura en determinadas patologías.

Articular los diferentes actores del sistema (EPS, prestadores, usuarios, Estado, Sociedades científicas y Universidades) de tal forma que permitan elaborar procesos de acceso a poblaciones de bajos recursos que no pueden acceder a la acupuntura en forma particular, sino a través del POS C de obligatoria prestación por parte del Estado.

Se debe incrementar la información y conocimiento en los niveles directivos, administrativos y población en general, para fomentar el uso de la acupuntura en nuestro contexto.

A. Anexo: Encuesta de actitudes sobre la acupuntura – Prueba Piloto

Fecha de diligenciamiento (AAAA)____ MM____ DD____. Ciudad _____
Género: M____ F____. Escolaridad: _____
Especialista____ Maestría____ Doctorado____ Profesión: _____
_____. Estado civil: Soltero____ Casado____. Unión
libre____. Separado____. Edad (Años cumplidos)_____.
Cargo: _____

Para contestar el siguiente cuestionario favor tener en cuenta que las opciones de respuesta son:

Conocimientos: Mucho: Apreciación muy alta del tema (9-10). **No mucho:** Apreciación entre alta y moderada del tema (7-8). **Algo:** Apreciación moderada del tema (4-6). **Casi nada:** Apreciación baja del tema (2-3) **Nada:** Apreciación muy baja o nula sobre el tema (0 -1).

1. ¿Qué tanto conoce acerca de la acupuntura?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

2. ¿La Acupuntura es segura como tratamiento médico?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

3. ¿Conoce sobre los posibles efectos adversos de la acupuntura?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

4. ¿Considera que la Acupuntura y la Medicina Alopática pueden coexistir o ser empleadas como tratamientos complementarios?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

5. ¿ Considera la Acupuntura como una opción terapéutica para el manejo de las patologías de sus afiliados ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

6. ¿Sus afiliados solicitan servicios de Acupuntura como posibilidad terapéutica ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

7. ¿Está informado sobre la normatividad que incluye la Acupuntura en el actual Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS C) ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

8. ¿Está informado sobre la aceptación de la Acupuntura por Organismos Internacionales de Salud (OMS - OPS) y la Sociedad Universitaria de Colombia ?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

Actitudes: Mucho: Apreciación muy alta del tema (9-10). **No mucho:** Apreciación entre alta y moderada del tema (7-8). **Algo:** Apreciación moderada del tema (4-6). **Casi nada:** Apreciación baja del tema (2-3) **Nada:** Apreciación muy baja o nula sobre el tema (0 -1).

1. ¿Permitiría el uso de la acupuntura a los afiliados de la EPS?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

2. ¿Aceptaría capacitación sobre Acupuntura a sus médicos?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

3. ¿Considera que la acupuntura es una alternativa terapéutica para el tratamiento de los pacientes afiliados a la EPS ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

4. ¿Considera que el médico Acupunturista es reconocido en la EPS como un especialista

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

5. ¿Tiene Usted un concepto favorable sobre las personas que practican la acupuntura?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

Prácticas: Mucho: Apreciación muy alta del tema (9-10). **No mucho:** Apreciación entre alta y moderada del tema (7-8). **Algo:** Apreciación moderada del tema (4-6). **Casi nada:** Apreciación baja del tema (2-3) **Nada:** Apreciación muy baja o nula sobre el tema (0 -1).

1. ¿Ha recurrido a la acupuntura para recibir tratamiento como paciente ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

2. ¿Recomendaría la Acupuntura como una terapéutica útil para Usted o su familia?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

3. ¿En qué medida incluye el Modelo de Atención de la EPS la prestación de servicios de acupuntura a los usuarios afiliados?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

4. ¿Los servicios de acupuntura solicitados por los usuarios son autorizados por el área de salud de la EPS ?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

5. ¿En qué grado contrataría los servicios de acupuntura con su red de prestadores?

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

B. Anexo: Encuesta de actitudes sobre la acupuntura – Encuesta Final

Fecha de diligenciamiento (AAAA)___MM___DD___. Ciudad
Género: M___F___. Escolaridad: Especialista___Maestría___Doctorado___
Profesión: _____. Estado
civil: Soltero___Casado___Unión libre.____. Separado____. Edad (Años
cumplidos) _____. Cargo: _____

Para contestar el siguiente cuestionario favor tener en cuenta que las opciones de respuesta son:

Conocimientos: Mucho: Apreciación muy alta del tema (9-10). **No mucho:** Apreciación entre alta y moderada del tema (7-8). **Algo:** Apreciación moderada del tema (4-6). **Casi nada:** Apreciación baja del tema (2-3). **Nada:** Apreciación muy baja o nula sobre el tema (0-1).

1. ¿Qué tanto conoce acerca de la acupuntura?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

2. ¿La Acupuntura es segura como tratamiento médico?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

3. ¿Conoce sobre los posibles efectos adversos de la acupuntura?.

- () Mucho
- () No mucho
- () Algo
- () Casi nada
- () Nada

4. ¿Considera que la Acupuntura y la Medicina Alopática pueden coexistir o ser empleadas como tratamientos complementarios?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

5. ¿Sus afiliados solicitan servicios de Acupuntura como posibilidad terapéutica ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

6. ¿Está informado sobre la normatividad que incluye la Acupuntura en el actual Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS C) ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

7. ¿Está informado sobre la aceptación de la Acupuntura por Organismos Internacionales de Salud (OMS - OPS) y la Sociedad Universitaria de Colombia ?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

Actitudes:

1. ¿Permitiría el uso de la acupuntura a los afiliados de la EPS?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

2. ¿Aceptaría capacitación sobre Acupuntura a sus médicos?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

3. ¿Considera que la acupuntura es una alternativa terapéutica para el tratamiento de los pacientes afiliados a la EPS ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

4. ¿Considera que el médico Acupunturista es reconocido en la EPS como un especialista

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

5. ¿Tiene Usted un concepto favorable sobre las personas que practican la acupuntura?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

Prácticas:

1. ¿Ha recurrido a la acupuntura para recibir tratamiento como paciente ?.

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada
- ☐ Nada

2. ¿Recomendaría la Acupuntura como una terapéutica útil para Usted o su familia?

- ☐ Mucho
- ☐ No mucho
- ☐ Algo
- ☐ Casi nada

() Nada

3. ¿En qué medida incluye el Modelo de Atención de la EPS la prestación de servicios de acupuntura a los usuarios afiliados?.

() Mucho

() No mucho

() Algo

() Casi nada

() Nada

4. ¿Los servicios de acupuntura solicitados por los usuarios son autorizados por el área de salud de la EPS ?.

() Mucho

() No mucho

() Algo

() Casi nada

() Nada

5. ¿En qué grado contrataría los servicios de acupuntura con su red de prestadores?

() Mucho

() No mucho

() Algo

() Casi nada

() Nada

C. Anexo: Consentimiento informado

TITULO DE LA INVESTIGACION: Actitudes de los Gerentes o Directores del área de Salud de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo (EPS C), frente a la inclusión de la Acupuntura en el modelo de atención actual en la ciudad de Bogotá.

PATROCINADOR: Universidad Nacional de Colombia

INVESTIGADOR: _____. Teléfonos: _____

Para la realización del presente estudio se aplicará una encuesta con el fin de indagar por los conocimientos, actitudes y prácticas de los Gerentes o Directores del área de Salud de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS C), sobre la Acupuntura, la información recopilada será analizada de manera confidencial garantizando que sea archivada bajo seguridad y consultada por el entrevistador. Expreso mi consentimiento para participar de este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo. Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

Yo, _____, identificado (a) con _____ (CC/TI/CE/Otro) Número _____ de _____

certifico que he recibido información relacionada con la justificación, objetivos y metodología del estudio en el cual se solicita mi participación; autorizo a la Dra. Sonia Castro Torres a aplicarme el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Acupuntura. Autorizo la remisión de la información diligenciada en dicho cuestionario a la base de datos respectiva para ser incluida dentro del análisis estadístico y cuyos resultados se publicarán en el informe final.

En constancia firmo el día (DD) ____ del mes ____ (MM) del año ____ (AAAA)

FIRMA: _____

NOMBRE _____

IDENTIFICACION _____

D. Anexo: Convenciones utilizadas, datos sociodemográficos y resultados de la prueba piloto

A. Convenciones utilizadas, datos sociodemográficos y resultados de la prueba piloto.

Tabla N°. 3.Convenciones Base de Datos Prueba Piloto

Variable	Resultado	Convención
Genero	Masculino	1
	Femenino	2
Grupo Etareo	30 a 35 años	1
	36 a 40 años	2
	41 a 45 años	3
	46 a 50 años	4
	51 a 55 años	5
Estado Civil	Soltero	1
	Casado	2
	Unión Libre	3
	Separado	4
Profesión	Médico	1
	Enfermera	2
Escolaridad	Especialista	1
	Maestría	2
	Doctorado	3
Cargo	Gerente	1
	Director	2
	Coordinador	3
Preguntas Conocimientos, Actitudes y Prácticas (18)	Mucho	1
	No Mucho	2
	Algo	3
	Casi nada	4
	Nada	5

Fuente: Encuesta Piloto CAP

Tabla N°. 4. Datos Sociodemográficos Prueba Piloto

Número de Cuestionario	1	2	3	4	5
Código del Cuestionario	PP01032012	PP02032012	PP03032012	PP04032012	PP05032012
Fecha de Diligenciamiento	26/03/2012	26/03/2012	27/03/2012	27/03/2012	28/03/2012
Hora inicial de Diligenciamiento	15:13	17:20	15:00	16:30	16:30
Hora Final de Diligenciamiento	15:30	17:30	15:10	16:50	16:45
Ciudad	Bogotá	Bogotá	Bogotá	Bogotá	Bogotá
Genero	2	2	1	2	1
Escolaridad	1	1	1	1	1
Estado Civil	2	2	4	2	2
Grupo Etareo	3	3	3	1	3
Edad	43	41	44	34	42
Cargo	1	2	2	2	3

Fuente: Encuesta Piloto CAP

Tabla N°. 5. Resultados encuesta CAP Prueba Piloto: Conocimientos

Pregunta	Encuesta 1 PP01032012	Cuestionario 2 PP02032012	Cuestionario 3 PP03032012	Cuestionario 4 PP04032012	Cuestionario 5 PP05032012
1	4	3	3	2	3
2	3	1	2	1	1
3	4	4	5	1	2
4	1	1	1	1	1
5	1	1	3	1	1
6	5	4	5	4	4
7	4	1	3	2	1
8	3	1	3	1	3

Fuente: Encuesta Piloto CAP

Tabla N°. 6. Resultados encuesta CAP Prueba Piloto: Actitudes

Pregunta	Encuesta 1 PP01032012	Cuestionario 2 PP02032012	Cuestionario 3 PP03032012	Cuestionario 4 PP04032012	Cuestionario 5 PP05032012
1	1	1	2	1	3
2	1	2	1	1	3
3	1	1	1	1	3
4	2	3	1	2	3
5	2	1	1	1	1

Fuente: Encuesta Piloto CAP

Tabla N°. 7. Resultados encuesta CAP Prueba Piloto: Prácticas

Pregunta	Encuesta 1 PP01032012	Cuestionario 2 PP02032012	Cuestionario 3 PP03032012	Cuestionario 4 PP04032012	Cuestionario 5 PP05032012
1	5	5	5	3	5
2	3	2	2	1	3
3	5	3	5	4	3
4	4	3	5	4	3
5	1	2	4	1	3

Fuente: Encuesta Piloto CAP

E. Anexo: Convenciones utilizadas, datos sociodemográficos y resultados de la encuesta definitiva.

Tabla N°. 20. Convenciones Base de Datos Encuesta CAP Definitiva

Variable	Resultado	Convención
Genero	Masculino	1
	Femenino	2
Grupo Etareo	30 a 35 años	1
	36 a 40 años	2
	41 a 45 años	3
	46 a 50 años	4
	51 a 55 años	5
Estado Civil	Soltero	1
	Casado	2
	Unión Libre	3
	Separado	4
Profesión	Médico	1
	Enfermera	2
Escolaridad	Especialista	1
	Maestría	2
	Doctorado	3
Cargo	Gerente	1
	Director	2
Preguntas Conocimientos, Actitudes y Prácticas (17)	Mucho	1
	No Mucho	2
	Algo	3
	Casi nada	4
	Nada	5

Fuente: EncuestaDefinitiva CAP

Tabla N°. 21. Datos Sociodemográficos Encuesta CAP Definitiva

Número de Cuestionario	1	2	3	4	5
Código del Cuestionario	EF01042012	EF02042012	EF03042012	EF04042012	EF05042012
Fecha de Diligenciamiento	29/03/2012	02/04/2012	02/04/2012	03/04/2012	03/04/2012
Hora inicial de Diligenciamiento	16:10	18:10	16:00	14:30	18:00
Hora Final de Diligenciamiento	16:25	18:20	16:10	14:40	18:15
Ciudad	Bogotá	Bogotá	Bogotá	Bogotá	Bogotá
Genero	1	1	1	2	2
Profesión	1	1	1	1	1
Estado Civil	2	2	1	1	2
Grupo Étáreo	5	3	2	3	3
Edad	55	44	37	45	43
Cargo	2	2	2	1	2

Número de Cuestionario	6	7	8	9	10
Código del Cuestionario	EF06042012	EF07042012	EF08042012	EF09042012	EF10042012
Fecha de Diligenciamiento	03/04/2012	04/04/2012	10/04/2012	13/04/2012	26/03/2012
Hora inicial de Diligenciamiento	15:00	11:00	10:00	10:00	17:20
Hora Final de Diligenciamiento	15:10	11:10	10:10	10:20	17:30
Ciudad	Bogotá	Bogotá	Bogotá	Bogotá	Bogotá
Genero	2	2	2	2	2
Profesión	2	1	1	1	2
Estado Civil	4	1	2	2	2
Grupo Étáreo	5	2	3	3	3
Edad	53	38	41	44	41
Cargo	2	2	2	2	2

Número de Cuestionario	11
Código del Cuestionario	EF011042012
Fecha de Diligenciamiento	18/04/2012
Hora inicial de Diligenciamiento	16:05
Hora Final de Diligenciamiento	16:15
Ciudad	Bogotá
Genero	1
Profesión	1
Estado Civil	2
Grupo Étáreo	3
Edad	41
Cargo	1

Fuente: Encuesta Definitiva CAP

Tabla N°. 22. Resultados encuesta Definitiva CAP: Conocimientos

Pregunta	Encuesta 1 EF01042012	Cuestionario 2 EF02042012	Cuestionario 3 EF03042012	Cuestionario 4 EF04042012	Cuestionario 5 EF05042012	Encuesta 6EF06042012	Cuestionario 7 EF07042012
1	2	4	2	3	3	2	3
2	1	2	2	3	1	1	2
3	5	4	3	4	3	1	3
4	1	2	2	1	1	1	2
5	3	5	3	4	3	3	3
6	1	2	1	4	1	4	2
7	1	4	1	3	3	4	2

Pregunta	Cuestionario 8 EF08042012	Cuestionario 9 EF09042012	Cuestionario 10 EF10042012	Cuestionario 11 EF11042012
1	3	3	3	3
2	2	1	1	2
3	3	3	4	4
4	1	1	1	2
5	4	5	4	2
6	2	3	1	2
7	2	3	1	2

Fuente: Encuesta Definitiva CAP

Tabla N°. 23. Resultados encuesta Definitiva CAP: Actitudes

Pregunta	Encuesta 1 EF01042012	Cuestionario 2 EF02042012	Cuestionario 3 EF03042012	Cuestionario 4 EF04042012	Cuestionario 5 EF05042012	Encuesta 6EF06042012	Cuestionario 7 EF07042012
1	1	3	2	3	1	3	2
2	1	3	5	2	1	3	1
3	1	3	2	3	1	3	2
4	2	3	1	4	1	5	3
5	1	4	3	2	1	2	2

Pregunta	Cuestionario 8 EF08042012	Cuestionario 9 EF09042012	Cuestionario 10 EF10042012	Cuestionario 11 EF11042012
1	1	1	1	2
2	2	1	2	2
3	2	1	1	2
4	2	1	3	2
5	1	2	1	3

Fuente: EncuestaDefinitiva CAP

Tabla N°. 24. Resultados encuesta Definitiva CAP: Prácticas

Pregunta	Encuesta 1 EF01042012	Cuestionario 2 EF02042012	Cuestionario 3 EF03042012	Cuestionario 4 EF04042012	Cuestionario 5 EF05042012	Encuesta 6EF06042012	Cuestionario 7 EF07042012
1	5	5	1	3	1	3	3
2	2	4	2	3	1	1	3
3	3	4	4	4	5	5	5
4	3	4	4	5	5	4	4
5	1	2	2	3	3	3	3

Pregunta	Cuestionario 8 EF08042012	Cuestionario 9 EF09042012	Cuestionario 10 EF10042012	Cuestionario 11 EF11042012
1	5	5	5	5
2	1	1	2	3
3	4	5	3	4
4	3	5	3	3
5	2	1	2	3

Fuente: EncuestaDefinitiva CAP

Bibliografía

1. Alvarez, C Luz Stella. (2005) Use of complementary and alternative medicine and folk medicine in Medellin. Revista Facultad Nacional Salud Pública vol.25 no.2 Medellín Julio y Diciembre 2007.
2. Nigenda, Gustavo.; Mora, Gerardo.; Ruiz, José Arturo. y Céspedes, José. (2002).Modelos alternativos de atención a la salud: Utilización y disponibilidad en la ciudad de México. México. 52 p.
3. Secretaria de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Marco Legal de la Medicina Tradicional y las Medicinas Complementarias. La Política Nacional de Medicinas Complementarias en el Sistema Nacional de Salud". La Experiencia en México. 2010.
4. Lerma, D.(1999) Metodología de la Investigación: propuesta, anteproyecto, y proyecto. Pereira. U. Tecnológica de Pereira. 135 p.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Ministerio de la Protección Social. Colombia.
6. Ministerio de Salud.Resolución 2927 de 1998. Colombia.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007.
8. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006.Colombia.
9. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3099 de 2008. Colombia.
- 10.Sentencia Corte Constitucional No. 760 de 2008. Colombia.
- 11.Sentencia Corte Constitucional N°. T 993 de 2008.Colombia.

12. Sentencia Corte Constitucional No. T 654 de 2010. Colombia.
13. Comisión Reguladora en Salud (CRES). Acuerdo 008 de 2009. Colombia.
14. Xingshan, Zheng.; Yingying, Mu.; Mingde Yang. (1985). Tratado de Acupuntura. Recopilación: Ediciones en Lenguas Extranjeras. Beijing. China.
15. Instituto de la Medicina Tradicional China de Beijing. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China. (1982). Ediciones en lenguas extranjeras – Beijing.
16. PING, Li. El gran libro de la Medicina China. (2006). Madrid: Ediciones Martínez Roca.
17. Maciocia, G. Los fundamentos de la Medicina China. Cascais: AneidPress
18. OPS, OMS. (1999). Informe Grupo de Trabajo OPS / OMS. Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas. Washington. 18 p.
19. OPS, OMS. (2002) Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas. Washington D.C.
20. OMS. Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2002 - 2005. 78 p. Ginebra: OMS.
21. Menéndez, E. (2003) Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. Ciênc. saúde coletiva [edición digital], vol. 8, no. 1, pp. 185-207. Rio de Janeiro.
22. Flores Martos, J. "Interculturalidad en salud y eficacia: algunas indicaciones de uso para OGND con proyectos de salud en América Latina", Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Debates, 2011, Puesto en línea el 31 marzo 2011. URL: <http://nuevomundo.revues.org/61232>. Consultado el 1 abril 2012.

23. Vargas, Melgarejo, Luz María. (1994). Sobre el concepto de percepción. México. Alteridade. 47-53 p.
24. Grupo de Gestión y Tecnología S.A. GGT. Estudio de Implementación del Administrador de Cuentas del Sistema de Intercambio Comerciales en Salud. Diagnóstico de la Situación Actual. Fase 1. Versión 2. Bogotá 2009.
25. Ministerio de la Protección Social. Superintendencia Nacional de Salud. República de Colombia. Situación Actual de las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en Colombia. Primer Informe. 2011.
26. Gañan, Ruiz Jaime León. (2010). Los Muertos de la Ley 100: Prevalencia de la Libertad Económica sobre el Derecho Fundamental a la Salud. Una Razón de su Ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS C). Facultad de Derecho. Universidad Externado de Colombia.
27. Sánchez Fernández, Sebastián; Mesa Franco, María Carmen. Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales: evaluación e intervención educativa en un contexto concreto, la ciudad de Melilla. En Eirene. Universidad, Granada, 1998. <http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>. Consultado en octubre 10 de 2011.
28. Hernández, Sampieri Roberto.; Fernández, Collado Carlos y Baptista, Lucio Carlos. (2003). Metodología de la Investigación (3a. ed.), México. Mac - Graw Hill.
29. Aignerén, Miguel. (2008). Técnicas de Medición por Medio de Escalas. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Centros de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia. Hallado en <http://revinut.udea.edu.co/index.php/ceo/article/viewArticle/6552>. Consultado en Octubre 12 de 2011.
30. Domínguez, Yanestsys Sarduy. (2007). El Análisis de Información y las Investigaciones Cuantitativas y Cualitativas. Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Cuba. Hallado en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu20207.htm. Consultado en Octubre 10 de 2011.

31. Betina, Freidin.; Abrutzky, Rosana. (2010). Transitando los mundos terapéuticos de la Acupuntura en Buenos Aires: Perspectiva y experiencias de los usuarios. Instituto de Investigación Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
32. Betina, Freidin. (2010). Perspectivas de los médicos acupuntores sobre su práctica y el potencial de la medicina integrativa. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
33. Tovey, P.; Easthope, G. y Adams, J. (2004). Introduction. En P. Tovey, G. Easthope, y J. Adams (Eds.), *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine* (pp.1-7). London: Routledge Press.
34. Iyioha, Ireh. (2010). *Law's Dilemma: Validating Complementary and Alternative Medicine and the Clash of Evidential Paradigms*. Faculty of Law, The University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada.
35. Ministerio de la Salud. *Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias en el SUS*. Brasilia D.F. Brasil. 2008.
36. Dantas Flavio. (2005). *Medicina Tradicional y Complementaria: Relevancia social, eficacia, seguridad y necesidad de su implantación en los servicios nacionales de salud*. III Conferencia Interparlamentaria de Salud. Sao Paulo: Parlatino, Documento de apoyo.
37. Ospina BE, Sandoval JJ, Aristizábal CA, Ramírez MC, *La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud*. Antioquia, 2003.
38. Curcio B., Carmen Lucia. *Investigación Cuantitativa. Una Perspectiva Epistemológica y Metodológica*. Editorial Kinesis. Armenia. Colombia. 2008.
39. Guil, M. *Escala Mixta Likert-Thurstone*. Revista Andaluza de Ciencias Sociales. N°. 5. España. 2006.